

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE N° 618

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 18 juillet 1901, à 1 heure

Par

OCTAVE RATIER

Né à Buzançais (Indre) le 14 mars 1874.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU PRONOSTIC, DES COMPLICATIONS ET DU TRAITEMENT
DE LA
FIÈVRE TYPHOÏDE
CHÉZ LES ENFANTS

Président : M. HUTINEL, professeur.

*Juges : { MM. RÉMY, professeur.
MARFAN et MÉNÉTRIER, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical*

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1901

618

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 18 juillet 1901, à 1 heure

Par

OCTAVE RATIER

Né à Buzançais (Indre) le 14 mars 1874.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU PRONOSTIC, DES COMPLICATIONS ET DU TRAITEMENT
DE LA

FIÈVRE TYPHOÏDE

CHEZ LES ENFANTS



Président : M. HUTINEL, professeur.

*Juges : } MM. REMY, professeur.
MARFAN et MÉNÉTRIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1901

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. BROUARDEL	
Professeurs		MM.	
Anatomie		FARABEUF.	
Physiologie		CH. RICHET.	
Physique médicale.		GARIEL.	
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.	
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.	
Pathologie et thérapeutique générales.		ROUCHARD.	
Pathologie médicale.	}	HUTINEL.	
Pathologie chirurgicale.		BRISAUD.	
Anatomie pathologique		LANNELONGUE	
Histologie.		CORNIL.	
Operations et appareils.		MATHIAS DUVAL	
Matière médicale et pharmacologie.		BERGER.	
Thérapeutique		POUCHET.	
Hygiène.		LANDOUZY	
Médecine légale.		PROUST.	
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.	
Pathologie expérimentale et comparée.		N.....	
		CHANTEMESSE	
Clinique médicale.	}	JACCOUD.	
		HAYEM.	
Maladie des enfants.		DIEULAFOY	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		DEBOVE.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GRANCHER.	
Clinique des maladies du système nerveux.		JOFFROY.	
Clinique chirurgicale.	}	FOURNIER.	
		RAYMOND.	
Clinique ophthalmologique.		TERRIER.	
Clinique des maladies des voies urinaires.		DUPLAY.	
Clinique d'accouchements.		LE DENTU.	
Clinique gynécologique.		TILLAUX.	
Clinique chirurgicale infantile.		PANAS.	
		GUYON.	
		BUDIN.	
		PINARD.	
		POZZI.	
		KIRMISSON.	
Agrégés en exercice.			
MM.	DESGREZ	LEQUEU	TEISSIER
ACHARD	DUPRE	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	FAURE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRE	GAUCHER	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GILLES DE LA	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA (AUG.)	TOURETTE	MENETRIER	VARNIER
BROCA (ANDRÉ)	HARTMANN	MERY	WALLICH
CHARAIN	HEIM	REMY	WALTHER
CHASSEVANT	LANGLOIS	ROGER	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	SEBILEAU	WURTZ

Chef des Travaux anatomiques. M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 179., l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation..

A LA MEMOIRE DE MON FRÈRE

A MON PERE ET A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS GUINON

Médecin de l'hôpital Trousseau

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Professeur de pathologie médicale à la Faculté de Paris

Médecin de l'hospice des Enfants assistés

Membre de l'Académie de médecine

Chevalier de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DU PRONOSTIC, DES COMPLICATIONS
ET DU TRAITEMENT
DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE
Chez les Enfants

AVANT-PROPOS

Obéissant à un devoir bien doux à remplir, nous faisons hommage de notre travail à tous ceux qui ont acquis un droit à notre reconnaissance.

Arrivé au terme de nos études médicales, nous sommes heureux de pouvoir adresser l'expression de notre gratitude à nos Maîtres, auxquels nous sommes redevables de notre instruction professionnelle, de l'enseignement qu'ils nous ont donné et de l'accueil bienveillant, que nous avons trouvé auprès d'eux.

Bien qu'il nous semble difficile par de vaines et banales formules de remerciements de nous acquitter d'une pareille dette de reconnaissance, il nous est agréable

de sacrifier à l'usage qui veut que nous adressions un hommage public à ceux qui ont été nos maîtres.

Nous sommes heureux de pouvoir remercier ici, MM. les professeurs Louis Thomas, Meunier, Thierry, Archambault, de l'Ecole de médecine de Tours, qui les premiers nous ont aidé de leurs conseils et fait profiter de leur expérience.

Nous garderons le souvenir de nos regrettés maîtres, les professeurs Duclos, Octave Herpin, Hippolyte Thomas de l'Ecole de Tours.

A nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Paris, nous adressons toute notre gratitude et nous les assurons de toute notre reconnaissance.

Nous adressons un respectueux hommage à MM. les D^{rs} Landrieux, Rendu, Edgard Hirtz, médecins des hôpitaux, à M. le professeur agrégé Peyrot, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, à M. le D^r Guinard, chirurgien des hôpitaux, à M. le D^r Moizard, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, à M. le professeur agrégé Bonnaire, accoucheur de l'hôpital Lariboisière.

C'est notre maître, M. le D^r Louis Guinon, médecin de l'hôpital Trousseau, qui a bien voulu nous donner l'idée de ce travail et nous aider de ses conseils. Nous sommes heureux de profiter de cette circonstance pour lui exprimer notre profonde reconnaissance pour la bienveillance particulière qu'il nous a témoignée. Nous avons suivi, trop peu de temps, à notre gré, son service de l'hôpital Trousseau, mais nous n'oublierons pas l'enseignement qu'il nous a donné. Qu'il soit assuré de notre respectueux dévouement.

M. le Professeur Hutinel a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous sommes très touché de l'honneur qu'il nous fait et le prions de croire à notre respectueuse reconnaissance.

INTRODUCTION

Les travaux sur la fièvre typhoïde sont nombreux et il est peu de maladies qui aient été étudiées dans ces dernières années surtout, avec autant de soin et dans tous leurs détails. Mais après les discussions auxquelles se sont livrées plusieurs sociétés médicales et en particulier la Société de Pédiatrie dans plusieurs de ses séances des années 1899 et 1900, il nous a semblé intéressant de grouper un certain nombre d'observations inédites ou déjà publiées sur ce sujet et, de ces observations et des ouvrages que nous avons pu consulter tirer quelques considérations générales et utiles sur le pronostic et le traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants.

Ces discussions et les si intéressantes observations publiées par M. le Dr Louis Guinon ont été le point de départ de notre étude.

La fièvre typhoïde a une réputation de bénignité chez les enfants, et les *Traitéés classiques* la décrivent comme telle et notent la rareté des complications.

M. le professeur Dieulafoy, dans son *Manuel de pathologie interne* écrit que les perforations intestinales, péritonite et hémorragie sont fort rares ; que

les troubles neuropathiques, les symptômes ataxo-adi-namiques sont extrêmement rares chez les enfants ; que les rechutes sont peu fréquentes ; que le pronostic de la fièvre typhoïde de l'enfant est beaucoup moins grave, qu'aux âges plus avancés.

M. le professeur agrégé Marfan, dans le « *Traité des maladies de l'Enfance* » dit : « C'est surtout par la rareté ou par la fréquence de certaines complications que la forme grave des enfants se distingue de la forme grave des adultes. Les complications intestinales sont rares... les hémorrhagies et les perforations de l'intestin ne s'observent presque jamais, la myocardi-te est exceptionnelle et la mort subite a été très rarement observée. La fièvre typhoïde de la seconde enfance, même dans sa forme grave guérit beaucoup plus souvent que celle de l'adulte..., la mortalité est très faible ».

« Quand vous vous trouvez en présence d'un enfant atteint de fièvre typhoïde, dit Cadet de Gassicourt, vous ne devez point oublier que le plus souvent la maladie a une issue favorable même quand elle se présente avec un cortège de symptômes, qui chez l'adulte rendraient le cas presque désespéré ».

Nous voudrions réagir un peu contre ces idées et par les observations que nous publions, montrer que les complications ne sont ni si rares, ni si bénignes que les Traités classiques le disent et que la fièvre typhoïde chez l'enfant ne comporte pas, en général, un pronostic si favorable.

Nous passerons en revue un certain nombre de ces

complications en essayant d'être aussi complet que possible. Nous parlerons du traitement actuellement pratiqué par un grand nombre de médecins d'enfants qui substituant au bain froid systématique le bain tiède ou le bain froid plus méthodique, paraît donner un meilleur résultat.

CHAPITRE I

Complications intestinales.

L'enfant comme l'adulte peut présenter pendant la fièvre typhoïde des complications intestinales. L'âge du sujet est variable, mais il a été remarqué que le sexe masculin était surtout atteint : les statistiques sont d'accord sur ce point.

Les hémorrhagies sont fréquentes et le moment de leur apparition est variable. Elles peuvent se montrer pendant la deuxième semaine (dans une de nos observations (obs. 4) l'hémorrhagie a eu lieu vers le 15^e jour) mais surtout dans la troisième semaine de la maladie, (dans deux de nos observations, l'hémorrhagie a eu lieu dans un cas au 23^e jour (obs. 2) et dans l'autre au 36^e jour (obs. 1).

L'abondance est variable : elle peut aller depuis quelques cuillerées de sang jusqu'à l'hémorrhagie mortelle (obs. 2).

Le sang peut être pur, rouge, liquide, ou en caillots, ou bien mélangé aux matières fécales.

Tout semble donc jusqu'ici se passer comme chez l'adulte, la seule différence qu'il paraît y avoir, entre

l'enfant et l'adulte est dans la fréquence et dans le pronostic de l'hémorrhagie.

Si nous passons en revue les auteurs : Hénoc'h déclare l'hémorrhagie très rare et dit n'avoir vu que cinq cas sans gravité. D'après d'Espine et Picot, l'hémorrhagie intestinale est très rare dans le jeune âge. Cadet de Gassicourt, dans ses Cliniques dit : « Quant aux hémorrhagies intestinales dont j'ai été témoin, elles ont toujours justifié le pronostic bénin qu'en portait habituellement Trousseau », et le docteur Marfan dit aussi que les hémorrhagies et les perforations de l'intestin ne s'observent presque jamais tenant au faible degré des lésions intestinales.

Le docteur Costinesco dans sa thèse inaugurale donne le résultat d'une enquête qu'il a faite à l'hôpital des Enfants malades sur le nombre des fièvres typhoïdes et sur la fréquence et la mortalité des hémorrhagies intestinales, dans cette maladie pendant les années de 1890 à 1897.

Il a trouvé, que sur 762 fièvres typhoïdes 22 présentèrent des hémorrhagies intestinales, dont une précoce, et sur ces 22 hémorrhagies 10 furent mortelles, ce qui fait une proportion de 1 hémorrhagie pour 35 fièvres typhoïdes environ, et la mortalité est près de 50 pour 100.

Nous publions aussi un certain nombre d'observations de fièvres typhoïdes compliquées d'hémorrhagies et de perforations intestinales. On peut donc dire que lorsque l'hémorrhagie intestinale survient elle est aussi grave chez l'enfant que chez l'adulte.

De même pour la perforation intestinale. Cette complication de la fièvre typhoïde est en effet plus fréquente chez l'adulte, mais il est trop répandu de penser que la perforation est exceptionnelle chez l'enfant et cette notion peut conduire à l'erreur.

On rencontre, en effet, un nombre assez considérable de perforations chez l'enfant et nous en publions plusieurs observations.

La perforation de l'intestin de même que les hémorragies, appartient presque exclusivement à la période d'état ou au stade de réparation de la dothiéntérie. Griesinger l'a vu se produire tardivement et Murchison l'a observé longtemps après que la convalescence était bien établie. Dans d'autres cas, il s'agissait de malades qui commençaient à se lever.

Le siège habituel de ces perforations est l'iléon, mais on en a rencontré dans le cœcum et Cocklea a vu le rectum perforé à 22 centim. de l'anus (Thèse d'agrégation, M. le Dr Hutinel).

Dans les observations que nous publions la perforation s'est produite une fois dans l'intestin grêle à 20 centim. du cœcum (observ. 3) dans d'autres cas à 30 centim. de la valvule iléo-cœcale (obs. 4), à 15 cent. du cœcum (obs. 5). Plusieurs fois il y a eu perforation de l'appendice (obs. 6, obs. 7, obs. 8). Dans notre observation 13, la perforation siégeait sur le colon-transverse.

Parmi les auteurs, nous trouvons la perforation intestinale signalée par plusieurs.

Le Dr Rilliet, tout en notant cette rareté due au petit

nombre et à la nature des lésions des plaques de Payer chez l'enfant en rapporte deux cas en 1858 et en 1839. M. le Dr Marfan dans son *Traité des Maladies de l'Enfance* cite le fait d'une perforation survenue chez une enfant de 19 mois observée dans le service du Dr Dawtrey-Drewitt (*Britisch. méd. Jour.*, 13 octobre 1894). Le Dr Chatard dans sa thèse cite un cas de perforation intestinale dans une rechute de fièvre typhoïde (observ. 12).

Enfin les discussions récentes de la Société de Pédiatrie nous apportent d'autres faits nouveaux.

M. le docteur Variot, dans la séance du 14 novembre 1899, donnant une relation d'une épidémie de fièvre typhoïde a observé à l'hôpital Trousseau que les hémorragies intestinales étaient plus communes que l'on ne l'observait d'habitude. Il signale 9 cas d'hémorragies intestinales sur 115 de fièvres typhoïdes. Il fait remarquer que le plus grand nombre des enfants qui présentèrent ces accidents étaient âgés de 10 à 12 ans. Cette fréquence relative des hémorragies intestinales se rapproche beaucoup des manifestations morbides chez les enfants de ce que l'on voit chez les adultes et permet de présumer des lésions assez profondes et habituelles de l'appareil lymphatique intestinal. M. Variot signale un cas de perforation intestinale qui s'est produite au 17^e jour sur une jeune fille de 12 ans. La laparotomie a été faite, mais la malade n'a survécu qu'une quinzaine de jours.

MM. Barbier et Herrenschmidt communiquent à la

séance du 12 décembre 1899 un autre cas de mort par perforation intestinale.

M. le Dr Comby signale (Société de Pédiatrie, 13 fév. 1900) le cas d'une jeune fille de 12 ans ayant succombé à une perforation intestinale au cours de sa rechute. Nous même, en publions plusieurs observations communiquées par notre maître le Dr Guinon.

Tout dernièrement encore, à la séance de la Société anatomique du 18 janvier 1901, M. Auvray rapporte l'observation d'un enfant qui au cours d'une fièvre typhoïde présenta des signes de perforation intestinale. Il fut opéré deux heures après le début de cette complication. La mort survint au bout de quelques heures.

Ces diverses observations et celles que nous donnons semblent prouver que la perforation au cours de la fièvre typhoïde n'est pas aussi rare chez l'enfant qu'on ne le croit communément.

OBSERVATION I

D^r Guinon (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*). Juille
1899.

Garçon de 14 ans entré au huitième jour de sa fièvre typhoïde. Celle-ci n'eut pas d'allure grave. Au 36^e jour, hémorrhagie abondante ; il eut coup sur coup deux garde-robes noires et abondantes. Cet accident dura deux jours et la guérison suivit de près. La défervescence était complète au 40^e jour.

OBSERVATION 2

(Due à l'obligeance de M. le D^r Guinon).

Pneumonie, hémorrhagie intestinale mortelle au 23^e jour. Perforation de la cornée. Mort.

Garçon de huit ans et demi, entré au 8^e jour, en pleine torpeur, avec une forte congestion pulmonaire. La température monte tous les soirs au-dessus de 40°, malgré les bains et la quinine. Diarrhée abondante (5 à 6 selles).

Au 18^e jour, ulcération puis perforation de la cornée ; hernie de l'iris.

Au 22^e jour l'œil se vide. Le même jour hémorrhagie intestinale qui se répète le lendemain et entraîne la mort.

Elle paraît avoir eu son siège à 2 mètres et demi au-dessus du cæcum. Il existait aussi une pneumonie gauche et des foyers hémorrhagiques dans le poumon droit.

OBSERVATION 3

(Due à l'obligeance du D^r Louis Guinon.)

Perforation intestinale à la troisième semaine. Mort.

Garçon de 10 ans soigné en ville pendant trois semaines.

Il entre avec une fièvre violente, assez abattu et dès le lendemain, je constate tous les signes d'une perforation.

Il est opéré dans la soirée par le chirurgien de garde qui trouve dans le péritoine environ 900 grammes de liquide purulent.

Mort au bout de quelques heures.

La perforation siégeait sur l'intestin-grêle à 20 centimètres du cœcum. Appendice sain.

OBSERVATION 4

(Due à l'obligeance du D^r Louis Guinon.)

Perforation intestinale au 15^e jour. Mort.

Garçon de 9 ans et demi. Arrive au huitième jour d'une typhoïde grave, avec une température de 40°,5. Malgré les bains et la quinine, la fièvre reste aussi violente, le délire est continu ; c'est une forme ataxo-adynamique ; aussi quand au dix-huitième jour, survient la perforation, je ne pense même pas à provoquer l'intervention du chirurgien. Mort en vingt-quatre heures.

La perforation siégeait à 30 cm. de la valvule iléo-cœcale, péritonite fibrineuse, généralisée ; appendice sain.

OBSERVATION 5

(Dr H. Barbier, *Société de Pédiatrie*, 12 déc. 1899).

R.. Germaine, âgée de 11 ans et demi entrée le 25 septembre 1899. Salle Blanche, lit n° 3, Hôpital Trousseau.

Entre au neuvième jour de la maladie.

Parents bien portants. Trois enfants sont bien portants ; une sœur aînée est actuellement en convalescence de fièvre typhoïde à Aubervilliers, une sœur plus jeune entre en même temps que la petite malade salle Blanche, n° 14. Malade depuis huit jours. Céphalalgie. Epistaxis. Fièvre.

Pas de diarrhée, pas de vomissements.

Le 25 septembre. — Langue très chargée. Agitation. Gorge rouge, un point pultacé dans une crypte amygdalienne à droite. Ventre souple, non douloureux ; gargouillement dans la fosse iliaque droite. Rate augmentée de volume.

Pas de taches. Pas de selle, sinon avec des lavements.

Bronchite légère. Cœur normal. Pouls 124°.

Langue toujours très sale.

Le 26. — Pas de diarrhée, pas de taches. Pouls 125°.

Pas d'albumine.

Le diagnostic de dothiémenthérie n'est pas absolument certain, mais étant le plus vraisemblable on applique le traitement ordinaire.

Sommet droit, suspect à la percussion. Rien à l'auscultation.

Le 27. — La matité splénique mesure 7 centimètres.

La bronchite a presque disparu. Diarrhée sans les lavements.

Le 28. — Huit selles jaunes, fétides, très liquides.

Le 29. — A 6 heures du matin, l'interne de garde est appelé.

La petite malade à 38°,4 et des signes de péritonite Pouls à 150.

A 9 heures. Température 37°,6. La malade est agitée par moments et pousse des cris, lorsque survient une crise douloureuse puis retombe dans le collapsus.

Facies grippé, yeux excavés, nez pincé. Langue sèche couverte d'un enduit blanchâtre. N'a eu aucun vomissement, mais dit avoir eu du hoquet dans la nuit. Elle a eu sept ou huit selles diarrhéiques dans la première moitié de la nuit, à minuit les douleurs abdominales se sont montrées revenant par accès et espacées ; depuis un moment, constipation ; par contre, la malade a uriné. Pas d'albumine.

Ventre légèrement ballonné, paroi tendue. Palpation douloureuse portant, à droite la douleur est peut être plus vive, la défense de la paroi plus grande Pouls petit 160.

A la visite le Dr Barbier croit à une perforation. Mais l'opération est différée, le consentement des parents étant indispensable.

A deux heures le chirurgien de garde est appelé. Le Dr Legueu arrive et pratique l'opération à 4 h. 1/2. L'aspect de la malade est le même. Le pouls à la même fréquence 160, mais il est filiforme, presque imperceptible au poignet. Elle a eu une selle, diarrhéique jaune.

Opération. — Incision médiane sous ombilicale de 8

cent. environ. Les anses grêles apparaissent congestionnées en même temps qu'un liquide louche, floconneux, mais pas très abondant s'échappe en dehors.

A 15 centimètres du cœcum, environ, apparaît une perforation cratériforme entourée de fausses membranes blanc grisâtre.

Elle est immédiatement fermée par enfouissement, une double ligne de points séro-séreux au catgut fin étant serrées par dessus la perforation.

Lavage du péritoine avec eau bouillie, gros drain double avec mèches de gaz stérile. Suture avec crins de Florence. Pas de contre ouverture.

Agitation. — Le poulx se remonte un peu grâce au sérum, à la caféine. Excitation cérébrale. Mort vers 1 heure du matin rapidement.

Autopsie. — La perforation était unique, on ne découvrit aucune lésion en dehors des lésions congestives et ulcératives habituelles.

Quelques adhérences péritonéales, surtout à gauche.

OBSERVATION 6

(De Murchison citée dans la thèse du Dr. Mauger. Paris, 1900)
Fièvre typhoïde. Hémorragie intestinale profuse. Perforation de l'appendice vermiculaire vers le vingtième jour.

Marie Anne B... âgée de 13 ans, admise au London Fever Hospital le 11 septembre 1865. Elle avait les idées confuses et ne pouvait pas dire depuis combien de temps elle était malade. Peau chaude plusieurs taches roses ty-

phiques sur l'abdomen, pouls 120, petit et faible ; langue humide et brune au centre, diarrhée, abdomen sensible et tympanique.

Jusqu'au 16 septembre, des taches nouvelles furent notées tous les jours, mais à partir de cette date, elles disparurent. Pendant les cinq jours qui suivirent le 14 septembre elle refusa de prendre aucune boisson et fut soutenue par des lavements de thé et d'eau-de-vie. La langue devint sèche et brune, le poids monta de 120 à 144 ; la toux commença le 16 septembre et l'on entendait des râles humides sur toute l'étendue des poumons, l'abdomen continua à être distendu et sensible et la diarrhée persista. Les selles étaient couleur d'ocre ; il n'y avait pas de sang ; mais dans la nuit du 23 septembre, il y eut quatre évacuations très copieuses où il n'y avait pour ainsi dire que du sang.

L'hémorrhagie fut arrêtée par de fortes doses d'acide gallique et d'opium ; mais quoique antérieurement, pendant quatre jours, son état général eut été plus satisfaisant et que l'on put même concevoir l'espoir de la guérison, elle déclina rapidement après l'hémorrhagie et mourut le 25 septembre.

Autopsie. — Plaques de lymphé récente sur toute la surface des intestins, particulièrement dans le voisinage du cœcum. Dans l'appendice vermiculaire se trouvaient quatre ulcérations dans l'une desquelles, à environ un centimètre et demi de l'extrémité, on remarquait deux petites perforations. Le contenu des intestins ne s'était pas échappé dans la cavité péritonéale.

Ulcérations étendues dans l'iléon et quelques-unes dans

le cœcum, près de la valvule ; les eschares s'étaient de la plupart des ulcérations qui commençaient à se guérir. La source de l'hémorragie est restée indéterminée.

OBSERVATION 7

D'Alexandroff de Moscou, 1893. Citée dans la thèse du Dr Mauger, Paris, 1900.

Laparotomie dans un cas d'appendicite typhoïde.

Le 24 septembre 1897, entre dans le service interne de l'hôpital, un garçon Wladimir L..., âgé de 9 ans et demi ; il était atteint depuis quatre jours d'une fièvre grave ; quelque temps auparavant, son frère qui avait la fièvre typhoïde, a été admis dans le même service.

La température élevée, le pouls fréquent, la langue chargée, et tout l'état général du malade permettaient de croire qu'il était également atteint de fièvre typhoïde. D'après la marche de la maladie, on pouvait considérer l'infection comme assez faible : la température ne marquait que 40°,2 ; le pouls était assez fort, l'état fonctionnel des voies digestives était tout à fait normal. La présence du sang dans les selles du malade n'a pas été signalée ; une fois seulement deux jours avant la catastrophe, les excréments étaient d'une couleur plus ou moins foncée, ce qui permettait de supposer la présence du sang ; nous n'avons pas examiné les excréments.

Dans la nuit du 28 au 29 octobre, apparurent des vomissements abondants et à plusieurs reprises ; le pouls qui était tout le temps plein, tomba subitement et le malade se plaignit de maux de ventre.

Le 29, vers le matin, mal au cœur, estomac gonflé et sensible aux palpitations. Le pouls, énormément faible et fréquent ; l'état général grave. Pendant toute la journée je n'ai pas vu le malade ; le soir, quand je fus appelé, je le trouvai affaibli : son visage exprimait la souffrance, la langue était très chargée, les lèvres sèches. Le ventre était ballonné, très sensible aux pressions. En percutant l'abdomen, on y constate la présence d'un exsudat. Respiration fréquente et superficielle ; pouls faible, fréquent et presque incomptable ; température 40°.

Des symptômes si graves annonçaient sans aucun doute que nous avions affaire à une péritonite due à une perforation de l'intestin. Comme l'état du malade était grave, presque désespéré, il nous restait un seul moyen pour le sauver ou bien le soulager : ouvrir la cavité abdominale. L'opération fut exécutée le soir, vingt-quatre heures après l'apparition des symptômes de péritonite aiguë. Chloroforme en petite quantité.

Incision allant de l'ombilic jusqu'à la symphyse pubienne sur la ligne médiane. Le péritoine incisé il découle de la cavité abdominale une masse de liquide troublé, avec membranes et odeur fétide. Les intestins qui se présentèrent à nos yeux étaient ballonnés, et à leur surface on apercevait de petites taches hyperémiques d'une forme prolongée ou ovale ; ces taches se trouvaient sur le trajet des intestins, opposé à l'insertion du mésentère. Evidemment, ces taches correspondaient aux ulcérations des intestins. Pour pouvoir trouver l'endroit perforé, nous agrandîmes un peu l'incision primitive de la paroi abdominale. Examinant les anses intestinales en les faisant passer en-

tre les doigts de bas en haut, j'atteignis bien vite cette partie d'intestin grêle, où les ulcérations disparaissaient tout à fait, puis je commençai d'examiner l'intestin de haut en bas et vers le cœcum.

L'appendice cœcal était anormal et présentait une large ouverture par laquelle passait facilement l'extrémité de l'index. Je me décidai à enlever cet appendice. Au niveau de sa base, je mis une ligature en soie.

L'appendice cœcal fut enlevé avec des ciseaux et les bords de la plaie furent réunis par deux sutures formés de fil en soie.

La toilette du péritoine consistait tout simplement dans l'évacuation des masses liquides fétides et le lavage de la cavité péritonéale avec une solution boricquée tiède. La plaie abdominale fut réunie par des sutures en soie qui traversaient toute la paroi de l'abdomen dans la partie inférieure de la plaie, j'introduisisis un drainage d'un volume assez considérablement iodoformé.

L'opération ne dura que vingt-cinq minutes. A la fin le malade était très affaibli ; le pouls devenait presque insensible. Transporté dans le lit, il reprit connaissance et but de l'eau et de la valériane. Le collapsus augmenta et au bout de vingt minutes survint la mort.

L'autopsie confirma notre diagnostic de fièvre typhoïde.

L'examen de l'appendice que nous venions de réséquer, nous a découvert trois grandes plaies ; l'une était sur l'extrémité, des deux autres sur les surfaces latérales de l'appendice.

OBSERVATION 8.

(Dr Zuber chef de clinique à l'hôpital des Enfants malades. Citée dans la thèse du Dr Mauger).
Fièvre typhoïde avec perforation de l'appendice.

A son entrée le 25 février 1894, l'enfant présente de la courbature, une lassitude générale depuis neuf jours.

Fièvre très élevée : 40°. Insomnie, maux de tête depuis cinq jours.

Diarrhée depuis quatre jours, délire agitation nocturne. Epistaxis. Toux légère.

Après dix jours environ de cet état, la température commence à descendre, l'état général devient meilleur. Mais le 10 mars environ, la température remonte, le délire redevient bruyant, l'adynamie est marquée. L'enfant couchée en chien de fusil a les yeux hagards ; elle pousse des cris plaintifs. Le ventre est aplati l'amaigrissement est extrême.

Elle meurt le 18 mars dans un état de collapsus complet.

L'autopsie montre des ulcérations intestinales surtout localisées au cœcum et à l'appendice. Cet organe est noirâtre, gangreneux, perforé, au milieu de pus et de fausses membranes. Péritonite purulente de tout le petit bassin mais sans matières fécales apparentes. Liquide séro-purulent avec fausses membranes,

Anses intestinales enflammées, adhérentes.

OBSERVATION 9.

(Galton, *Trans. of. the Path. Soc.* Londres 1872).

Enfant de 12 ans atteint de fièvre typhoïde de moyenne intensité au 18^e jour environ. A l'autopsie de cet enfant, mort de péritonite par perforation, on trouva deux perforations; l'une siégeait sur l'intestin, l'autre occupait l'extrémité d'un diverticule de Meckel long d'un pouce et demi. La perforation se trouvait au niveau d'une plaque de Peyer.

OBSERVATION 10.

(D^r Zuber, chef de clinique à l'hôpital des Enfants malades. Thèse du D^r Mauger). Fièvre typhoïde. Perforation intestinale.

L'enfant est amené à l'hôpital au huitième jour d'une fièvre typhoïde ayant débuté le 11 mars par des maux de tête violents et une lassitude générale.

La température oscille du 11 au 19 entre 39°,5 et 40°.

Plusieurs épistaxis, constipation.

La lassitude générale dont se plaignait le malade, les premiers jours, a évolué vers un état d'abattement très marqué et depuis deux jours il est dans un état de stupeur complète, ses camarades qui viennent le voir sont frappés de cet anéantissement chez un garçon, intelligent d'ailleurs.

A son entrée le 19 mars, il est indifférent à tout, se plaint sans cesse et ne répond pas aux questions qu'on lui

pose. Le regard est vague et fatigué ; la face est grimaçante, les sourcils froncés. Aspect méningitique.

Diarrhée assez abondante. Ventre non ballonné. On ne constate pas nettement la présence de taches rosées.

Gargouillement dans la fosse iliaque droite.

Cœur normal. Pouls à 112 ; légèrement dicrote. Température 38°,4.

Traitement. — Quinine et bains froids.

Le 21. — Même état. Séro-diagnostic positif.

Le 23. — Même état. Température à 37°,8.

Le 25. — La température se maintient à 38°,2 et 38°,5.

Le 26. — Etat général un peu meilleur, enfant plus éveillé, mais selle brunâtre. Glace sur le ventre. Ergotine. Suppression des bains.

Le 27. — Encore une selle brunâtre ; quelques taches de sang sur le linge. Pouls irrégulier, dépressible.

Le 29. — Pas de selles depuis deux jours. On donne un lavement.

Le 30. — Chute de la température à 37°,2.

4 avril. — La température est redescendue à 37° ce matin.

Il n'y a plus de fièvre, depuis quelques jours, mais l'enfant reste maussade et son amélioration n'est pas complète. L'amaigrissement est très prononcé.

Le 6. — Le malade est toujours prostré ; sa température est au-dessus de la normale. On lui fait 60 grammes de sérum artificiel. L'alimentation est commencée.

Le 9. — La température remonte brusquement à 39°,2.

Le malade n'accuse aucune douleur fixe, il se plaint de façon continue. Enveloppements mouillés.

Le 10. — La fièvre retombe. On ne sait à quoi attribuer les modifications thermiques.

Le 12. — La température remontée à 39°, hier soir est retombée ce matin à 37°,6. Le malade a des vomissements verdâtres. Son faciès s'altère. La diarrhée est abondante. Le ventre est douloureux et tendu.

Du 13 au 16 la température reste élevée, les phénomènes péritonéaux s'accroissent de plus en plus. L'état cachectique du malade est tel qu'on agite même pas la question de l'intervention chirurgicale.

Mort le 16 avril.

Autopsie. — Péritonite généralisée ; les anses intestinales sont agglutinées par un exsudat. La perforation siège au niveau de l'appendice iléo-cœcal qui vers son milieu présente une perte de substance s'étendant jusqu'au niveau de l'insertion de son méso.

Après avoir coupé l'intestin, nous avons constaté au niveau de la partie terminale de l'intestin grêle, sur le cœcum et sur le côlon, des ulcérations typhiques très étendues.

Cœur mou, jaunâtre. Rien d'important dans les autres viscères.

OBSERVATION 11

(Dr Morestin, thèse du Dr Mauger).

Une fillette de 10 à 12 ans, soignée à l'hôpital Trousseau dans le service de M. le Dr Lesage, suppléant M. le Dr Variot pendant les vacances de 1899 ; présente le

10^e jour environ de sa fièvre typhoïde une hémorragie intestinale assez abondante. Le lendemain matin, tympanisme abdominal, ventre douloureux, nausées, pouls rapide.

Les internes qui voient le petit malade concluent à une perforation et mandent le chirurgien de garde.

L'intervention a lieu à 8 heures du soir. La température est très élevée, l'état général mauvais, les vomissements sont incessants, le pouls est extrêmement rapide.

Un peu de chloroforme, Huile camphrée, Sérum.

Incision sur le bord externe du muscle droit : ouverture du péritoine.

Il s'écoule une grande quantité de pus mal lié et très fétide.

En suivant l'intestin grêle, à partir du cœcum la perforation est facilement trouvée, à 12 cm. ou 15 cm. de la valvule, 3 ou 4 points de suture le ferment.

Contre ouverture à gauche.

Grand lavage à l'eau bouillie. Drainage. La plaie abdominale n'est pas fermée.

Le lendemain, 26 juillet, à 7 heures du matin, l'état général dépasse toutes les prévisions. On trouve l'enfant jouant sur son lit, facies très bon, pouls régulier, mais encore dépressible. Le soir sensibilité abdominale ; pilules d'opium.

Le 27. — L'état général reste bon. On continue l'opium et la glace intus et extra. Pouls 150. 500 à 600 grammes de sérum sont injectés quotidiennement.

Le 29. — Quelques nausées, mais pouls satisfaisant.

L'état général reste bon pendant quinze jours encore ;

mais l'enfant qui malgré cette amélioration très notable continuait sa fièvre typhoïde, fut prise de nouveaux accidents abdominaux qui déterminèrent une mort rapide.

L'autopsie montra la présence d'une nouvelle perforation, et la guérison parfaite de la lésion suturée

OBSERVATION 12

Thèse Chatard. Paris 1899.

(Rechute subintrante. Hémorrhagie intestinale. Perforation. Mort.)

Armandine K..., 12 ans 1/2, entre à l'hôpital des Enfants malades, salle de Chaumont, lit n° 36. 21 août 1898.

Père, mère et frères bien portants.

Fille de 12 ans, née à terme, nourrie au sein jusqu'à un an, première dent à six mois, a marché à un an.

Rougeole à 4 ans.

Est restée de cinq à six ans, dans un appareil pour une déviation de la colonne vertébrale, puis des corsets plâtrés, enfin pendant 18 mois dans une gouttière ; depuis elle marche avec des corsets spéciaux.

Depuis cinq jours malaise général, épistaxis, maux de têtes, douleurs dans la fosse iliaque droite, diarrhée, fièvre.

21 août. — Malade excitée, lèvres sèches, langue blanche, gargouillement à droite, quelques taches rosées.

Foie normal. Rate douloureuse à la pression.

Pas de de dyspnée. Toux, quelques râles.

Rien au cœur, rien du côté du système nerveux.

Pas d'urine. Bains froids à 25°.

23 août. — Eruptions très abondantes de taches rosées.

27 août. — Moins de prostration. Température 39°.

La toux a cessé.

29 août. — Etat grave meilleur. Température 28°.

La langue est bonne, l'appétit est revenu. L'enfant va bien à la selle. Urines rares non albumineuses.

30 août. — Etat très satisfaisant. Le thermomètre est à 37°,5.

31 août. Recrudescence de la température 38° le matin, 39° le soir.

2 septembre. — La malade est très abattue. Pouls petit. Piqûre de caféïne.

4 septembre. — Température 40°,5. On remarque quelques filets de sang dans les selles.

5 septembre. — Il n'y a plus de sang dans les selles. On recommence les bains après deux jours d'arrêt.

6 septembre. — Hémorrhagie intestinale peu abondante. Température 40°.

10 septembre. — Abattement. Facies tiré.

Lèvres et gencives fuligineuses. Langue très sale.

Battements du cœur sourds. Pouls à 150.

Poumons. — Rien d'anormal.

Du 10 au 15 septembre. — La température oscille autour de 48°. L'état ne change point. On continue les bains et la caféïne.

15 septembre. — La température tombe à 39°. Adynamie. Pouls fréquent : 140. Le bras droit et la fesse droite présentent une eschare : pansement à la vaseline et au Hammatol, Champagne. Injections de sérum, 150 c.c.

18 septembre. — Congestion pulmonaire très marquée de la base gauche.

20 septembre. — La température tombe à 37°,5. Hémorrhagie intestinale assez abondante la nuit, se reproduit le matin. On suspend les bains. Le ventre est un peu ballonné, douloureux. Pouls petit, fréquent.

On fait une injection de sérum de 100 c.c. et 0,50 cent. d'ergotine. L'hémorrhagie intestinale continue, abondante. Le ventre se ballonne de plus en plus, le pouls devient filiforme, incomptable, la petite malade meurt à 7 heures du soir.

22 septembre. — Autopsie.

Poumons : sommet : granulations tuberculeuses.

Base : pneumonie, pas d'adhérences pleurales.

Cœur : cavités dilatées. Rate : hypertrophie, foie gros, marbré.

Estomac : distendu. Intestin distendu. Pas de fausses membranes. Nombreuses ulcérations dans le petit intestin et le gros jusqu'au rectum. Appendice normal.

Au niveau de l'iliaque on trouve une perforation de 4 millimètres de diamètre siégeant au centre d'une ulcération.

OBSERVATION 13

(*Société anatomique*, Bulletin de juin 1900).

Perforations typhiques siégeant sur le côlon transverse. Péritonite circonscrite devenue généralisée. Laparatomie. Mort.

Pierre L. 15 ans entre à l'Hôtel-Dieu le 23 avril 1900.

Il présente à ce moment des signes qui se rapportent à une fièvre typhoïde évoluant depuis 8 ou 10 jours.

Le diagnostic se confirme les jours suivants.

La maladie évolua avec température très élevée, symptômes abdominaux (douleurs, selles diarrhéiques).

Abattement profond, adynamie, microtisme du pouls.

Les taches rosées parurent le 17 avril.

Le 1^{er} mai, le ventre devient un peu dur, tendu, le malade ne vomit pas.

Il y eut ensuite une période de quelques jours avec agitation, surtout délire marqué le 4 mai. Incontinence des matières.

Le 9. — Soudain la température tomba à 37°.

Le soir, le malade était agité, ventre dur, maigreur extrême. Pas de vomissements. La température est remontée à 39°,2.

Le 11. — Ventre dur, ballonné, douleurs dans le bas-ventre.

Pouls rapide 115, traits excavés. Etat adynamique très marqué. Respiration à type supérieur, (diaphragme immobilisé).

Le 12. — La température s'abaissa soudain de 39°,5 à 37°,6. Traits grippés, ventre tendu comme un tambour. Adynamie profonde. Pas de vomissements. Pouls 150°.

(Œdème de la paroi abdominale.

Le diagnostic fait : péritonite par perforation, est fondé sur l'abaissement de la température et l'aggravation des symptômes généraux.

Un chirurgien appelé confirma le diagnostic.

Opération. — Laparotomie médiane; on ne rouvra pas

de perforation sur l'intestin qui présente les lésions classiques de la fièvre typhoïde. Il y a de la vascularisation des anses, de la fibrine dans le péritoine en petite quantité et beaucoup de gaz.

Une plaque sphacélée est enfouie à la soie fine. Drainages, larges sutures.

Le malade succomba, le lendemain 13, dans l'après-midi.

Autopsie. — On trouva sur l'iléon les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde. Beaucoup de plaques de Peyer étaient d'ailleurs en voie de guérison. Les lésions étaient encore très accentuées au voisinage du cœcum, l'appendice n'avait rien.

En relevant le foie, on voyait un clapier purulent, ancien déjà, large de trois doigts, limité par la face antérieure du lobe droit et par le côlon transverse.

Ce clapier contenait du pus, limité par d'épaisses fausses membranes.

Le côlon transverse enlevé a montré deux perforations qui faisaient communiquer sa cavité avec le clapier sous-hépatique.

Il s'agit de perforations, d'ulcérations, de follicules clos, tout autour on voit d'autres follicules ulcérées, mais les ulcérations sont presque guéries.

CHAPITRE II

Complications cardiaques.

Les complications cardiaques dans la fièvre typhoïde des enfants sont plus fréquentes qu'on ne le croit communément.

Elles demandent à être recherchées avec autant de soin que dans le rhumatisme articulaire aigu.

Elles ont d'ailleurs une très grande importance. Il faut veiller avec soin sur l'état du cœur et du pouls. L'examen répété du pouls sa fréquence, son intensité, son rapport avec l'élévation thermique donnent la plus part du temps une idée juste de la gravité de la maladie et dans l'auscultation du cœur réside souvent le problème du pronostic. On peut à ce propos reproduire la statistique de Murchison. Dans les 3) cas où le pouls n'a jamais dépassé 110, la maladie s'est terminée par la guérison; sur 70 malades chez lesquels il a été au-dessus de 110, il a constaté 21 morts (mortalité 30 p. 100); sur 32 malades chez lesquels il a été au-dessus de 120; il a eu 15 morts (mortalité 47 p. 100); sur 25 cas où le pouls a dépassé 130, il y a eu 13 morts (mortalité 52 p. 100);

enfin sur 10 cas où le chiffre de 140 pulsations a été dépassé, 6 ont été mortels (mortalité 60 0/0).

Cependant en faisant nos recherches sur les complications cardiaques typhiques; nous avons pu nous convaincre que tous les auteurs qui se sont occupés de pathologie infantile constataient leur rareté relative chez l'enfant. Tous ces auteurs (Rilliet, Jules Simon, Cadet de Gassicourt, d'Espine et Picot), s'accordent sur le fait de la résistance du cœur chez l'enfant aux affections qui peuvent l'envahir et avoir sur lui un retentissement plus ou moins indirect, et que cette résistance est d'autant plus marquée que l'enfant est moins avancé en âge.

Cependant ces complications cardiaques existent.

La myocardite entre autres ne peut être niée.

Elle a été observée par de nombreux auteurs, par Zenker, par Hoffmann, par M. Hayem, par MM. Landouzy et Siredey. Elle avait été entrevue déjà par Laënnec. Elle a été étudiée par Stokes qui a noté les modifications du rythme cardiaque et donné cette description de l'embryocardie: « L'extension de l'un ou de l'autre bruit cardiaque, n'a pas lieu, seulement ils sont tous deux moins forts et deviennent presque complètement identiques. Nous avons donné à cet état le nom de caractère fœtal tiré de la ressemblance étroite qu'il y a entre ce phénomène et les bruits du cœur du fœtus pendant la gestation. Cette similitude est presque absolue quand le pouls a une rapidité de 125 à 140 pulsations à la minute ».

D'ailleurs dans presque toutes les affections toxiques

ou microbiennes les fibres musculaires cardiaques peuvent être touchées : qu'il s'agisse de rhumatisme, de diphtérie, de variole, de grippe etc, et la fièvre typhoïde ne fait pas exception.

Quelle est la symptomatologie de cette myocardite ?

Elle est très variable. Cette complication tout en comportant un pronostic grave car elle a été le plus souvent rendue responsable des accidents cardiaques syncope et mort subite qui peuvent se produire, existe bien souvent à l'état latent et il est parfois difficile de la découvrir.

De quelle façon et quand, se manifestent les premiers symptômes qui indiquent que le myocarde est touché ?

C'est seulement en général dans le cours ou à la fin du second septenaire que se montrent les signes de myocardite. Le plus souvent c'est l'affaiblissement du premier bruit qui est noté d'abord (obs. 14).

En auscultant journellement le cœur, on s'aperçoit que le premier bruit s'assourdit, il est à peine frappé, et son intensité est égale au second bruit.

Ce n'est cependant pas encore de l'embryocardie, car les silences du cœur ont leur intervalle habituel.

Le pouls est encore bon ; il ne dépasse pas 110. Les troubles généraux sont peu accentués.

Puis pendant le troisième septenaire tous ces signes s'aggravent et peuvent arriver à leur maximum. Le nombre des pulsations dépasse 120, 130. On peut voir survenir l'embryocardie. Il existe également des troubles circulatoires périphériques, quelquefois de la cyanose

et le collapsus peut être à craindre. Mais dans la généralité des cas les troubles cardiaques se bornent à la diminution d'intensité des bruits du cœur et alors la guérison est habituelle. Dans l'observation 17 que nous empruntons à M. Bacaloglu, le petit malade a eu de l'assourdissement du premier bruit, de l'embryocardie, des hémorrhagies intestinales mais il a fini par guérir au bout de 37 jours.

On a noté encore d'autres troubles cardiaques. Le dédoublement du second bruit, de même que l'arythmie ont été observés. On a signalé le bruit de galop, de même on a trouvé des bruits de souffles.

L'affaiblissement du premier bruit prouve que le cœur se contracte de façon anormale. Il est faible. Dans certains cas, en même temps que cet affaiblissement du premier bruit on a constaté un souffle systolique mitral. Mais ce souffle n'est souvent que passager et avec la convalescence les bruits du cœur retrouvent leur intensité normale et alors les bruits de souffle disparaissent. Il en est ainsi dans l'observation 18 qui est intéressante à plus d'un titre. Malgré l'embryocardie, la disparition du premier bruit à la base et le souffle systolique mitral le malade guérit.

La disparition presque complète du premier bruit a été constatée et constitue toujours un signe fâcheux de pronostic. Mais souvent ce symptôme est transitoire. Cette disparition du premier bruit prouve un affaiblissement extrême du cœur, et on peut observer des syncopes. Dans cette observation 18, une syncope a été observée et malgré des symptômes graves, le cœur

a retrouvé son rythme normal et l'enfant a guéri.

Mais on aurait tort de croire qu'il en est toujours ainsi. Des cas graves et mortels ont été observés (nos observations 15, 13, 19 en font foi) et souvent l'embryocardie n'a précédé la mort que de peu de jours.

Les caractères de l'embryocardie peuvent se résumer ainsi : on appelle embryocardie ou rythme fœtal des bruits du cœur un rythme spécial consistant dans l'identité du premier et du second bruit et dans l'égalité du petit et du grand silence avec accélération des battements cardiaques ce qui donne à l'oreille une sensation analogue au tic-tac d'une montre ou aux bruits du cœur fœtal.

Quand l'embryocardie survient, cela prouve que le muscle cardiaque est très touché. Le rythme fœtal ne survient pas d'un seul coup. On doit ausculter le cœur attentivement et souvent ; on peut alors constater petit à petit le raccourcissement du grand silence, la diminution du premier bruit et en même temps, on note que le pouls est rapide et filiforme. On peut constater 120, 140, jusqu'à 160 pulsations à la minute. Cette embryocardie peut ne pas durer longtemps, et l'état général peut être atteint ; ou bien on peut voir survenir du collapsus, de la cyanose, l'état général empirer et la mort survenir au bout de peu de temps. Malgré tout cependant on voit quelquefois ces malades s'acheminer vers la convalescence mais à l'occasion d'une rechute le cœur est pris de nouveau et le malade succombe avec de la cyanose et le pouls imperceptible. A un moment donné, les extrémités se refroidissent, se cyanosent ;

cette cyanose remonte sur la racine du membre ; la facies est caractéristique, il est terne, grippé ; le visage dénote une stupeur profonde les yeux sont excavés et cerclés de noir ; les lèvres et les pommettes sont bleuâtres ; le nez est froid et pincé, une sueur froide couvre les tempes, le regard est fixe, sans expression, la voix est faible cassée, la prostration est extrême et le malade succombe. (Obs. 19).

Nous voyons donc que la myocardite existe dans la fièvre typhoïde et qu'elle existe chez les enfants. Le Dr Pouillot dans sa thèse publie neuf observations de complications cardiaques et de myocardites chez les enfants et dans six de ces observations la mort a été la terminaison de la maladie.

Parmi les nombreuses observations que donne le Dr Bacaloglu dans sa thèse nous en avons relevé un certain nombre s'appliquant aux enfants dont cinq avec terminaison fatale.

Le Dr Barbier à une séance de la société de Pédiatrie relate qu'au cours d'une épidémie de fièvre typhoïde les symptômes cardiaques ont été fréquents. Dans un tiers des cas, il a vu vers le 12^e jour de la maladie le pouls devenir mou et très rapide, souvent inégal, instable, irrégulier tandis que les battements du cœur s'affaiblissaient avec amoindrissement des bruits normaux, quelquefois dédoublement du premier bruit. Une fois il a constaté un léger bruit de souffle systolique de la pointe, mais passager ; une autre fois un bruit de souffle systolique permanent. Une de ses petites malades a présenté du collapsus cardiaque depuis

son entrée jusqu'au 18^e jour, et une autre des symptômes de myocardite à partir du 14^e jour jusqu'à sa mort au cours d'une rechute.

Nous voyons donc la fréquence relative des myocardites typhiques chez les enfants.

Le plus, souvent, c'est le myocarde qui est atteint au cours de la fièvre typhoïde. Cependant il y a des cas où en même temps que les altérations du muscle cardiaque on a constaté l'inflammation de la séreuse péricardique et de l'endocarde. Ces cas sont rares, il est vrai, mais on trouve cependant dans la littérature médicale plusieurs observations concernant l'endo-péricardite typhique.

La péricardite est relativement assez fréquente. En 1854, Stokes l'avait signalée, puis sont venues les observations de Griesinger, Lendet, Blache, Cadet de Gassicourt. Cette péricardite peut exister seule. Elle apparaît vers la fin du deuxième septenaire ou pendant le troisième. Elle peut être purulente, avec épanchement ou sèche. Si la péricardite existe seule elle sera reconnue à un frottement plus ou moins accentué vers la partie moyenne du cœur et surtout au niveau de la base. Le diagnostic de l'épanchement s'établira sur l'augmentation de l'aire de matité, et l'éloignement des bruits du cœur. Ce frottement péricardique peut persister assez longtemps mais le pronostic est généralement bénin et la plupart du temps il disparaît à la convalescence.

Il serait intéressant de savoir à quoi est due cette péricardite. Est-elle causée par le bacille d'Eberth, ou

par d'autres microbes? Les examens bactériologiques manquent, croyons-nous. Cependant il est probable que la péricardite qui survient au cours de la fièvre typhoïde est le plus souvent d'origine éberthienne.

L'endocardite typhique survient au cours ou à la fin du deuxième septenaire. Elle peut se localiser à l'orifice mitral ou aortique, et même aux orifices tricuspidés et pulmonaires.

Les symptômes sont les souffles que l'auscultation peut faire percevoir et les symptômes généraux graves qui démontrent que le cœur est touché.

La douleur est presque toujours absente de même que dans les myocardites. Cependant dans notre observation 21, la petite malade se plaignait d'une douleur persistante. On a noté aussi la dyspnée.

Quelquefois l'endocardite est légère et la guérison suit celle de la fièvre typhoïde, mais cependant il a été signalé des cas où la mort est survenue car l'endocardite est souvent liée à la myocardite. Le pronostic dépend en général du degré d'altération du myocarde.

Nous rapportons une observation n° 21, publiée par le Dr Guinon dans le *Bulletin de la société de pédiatrie* en avril 1899. Il s'agit d'une petite fille qui a été prise au cours de sa fièvre typhoïde, de tachycardie, de péricardite, d'endocardite, et qui a guéri mais en gardant des signes très nets d'une insuffisance mitrale et peut-être même d'un léger rétrécissement.

Il nous semble difficile de ne pas dire maintenant quelques mots de la mort subite dans la fièvre typhoïde.

La mort subite est l'accident le plus redoutable de

la fièvre typhoïde. Il arrive presque toujours au moment où on ne s'y attend le moins.

Le malade est en convalescence et brusquement il tombe mort à l'occasion d'un mouvement ou d'un léger effort. Cette fin peut survenir rapidement précédée de quelques phénomènes de lypothymie ou annoncée par le collapsus (comme dans l'obs. 19) ; ou le plus souvent la mort frappe le typhique sans prodromes, la mort est alors réellement subite.

Cette terminaison fatale se montre plutôt au déclin, de la maladie, pendant la troisième ou quatrième semaine. Quelques cas ont été observés à une époque plus tardive encore. Sur 146 cas étudiés par Dewèvre, elle est survenue deux fois pendant la première semaine, 22 fois dans le cours de la deuxième, 54 dans la troisième, 31 fois pendant la cinquième et la convalescence.

Ce terrible accident est excessivement rare chez les enfants. Tous les auteurs s'accordent sur ce point. Jules Simon et Cadet de Gassicourt ne l'ont jamais observé. Hénocq ne l'a pas vu sur 192 cas. E. Weill l'a noté une fois sur 250 cas. Parrot s'exprime ainsi : « La mort subite dans la convalescence de la fièvre typhoïde chez l'enfant, est exceptionnelle ou plutôt elle y est à peu près inconnue ».

On a beaucoup discuté sur la pathogénie de la mort subite. Les opinions sont nombreuses et variées. La mort subite dans le décour et la convalescence de la fièvre typhoïde est due à une syncope. Elle peut avoir des causes multiples, mais nous pensons que les alté-

rations du cœur doivent entrer pour une grande part dans cette pathogénie.

Nous publions un cas de mort subite empruntée à la thèse de Bacaloglu (observ. 20).

Il s'agit d'un enfant de trois ans et le cœur présentait à l'autopsie des lésions très marquées de myocardite.

Tout ce que nous venons de dire et les observations que nous rapportons montrent la fréquence relative et la gravité des complications cardiaques. Cependant dans nombre de cas, où on a constaté des symptômes graves la guérison et malgré tout survenue. C'est qu'il semble que le cœur chez l'enfant présente un grand avantage ; il est plus intact que celui de l'adulte car l'alcoolisme et les maladies infectieuses n'ont pas encore, en général, imprimé leur trace toxico-infectieuse sur le myocarde.

Mais il faut aussi se préoccuper du pronostic éloigné de ces complications cardiaques au cours de la fièvre typhoïde chez l'enfant et il est intéressant de savoir ce que deviennent ces typhiques dont le cœur a été touché.

Le plus souvent on constate que les troubles les plus graves disparaissent et que le typhique ne garde pas, au moins en apparence, aucun reliquat de son affection cardiaque.

Mais ce n'est pas l'opinion de tous les auteurs, et au point de vue de l'avenir nous savons d'après les travaux de MM. Landouzy et Siredey que le typhique peut être également menacé à cause des « séquelles » que

a dothiéntérie a laissées sur son cœur. Telle est aussi l'opinion de M. le Dr Merklen.

Les cardiopathies postérieures peuvent être le résultat éloigné des différentes toxi-infections qui ont frappé l'organisme.

Le cœur touché par la fièvre typhoïde reste dans un état d'infériorité physiologique.

Souvent on a vu se développer à la longue des troubles cardiaques graves dont on ne trouve l'explication que dans une ancienne cardiopathie typhoïdique éteinte en apparence.

On voit ainsi que le pronostic des complications cardiaques de la fièvre typhoïde se trouve encore assombri.

OBSERVATION 14

(Due à l'obligeance de M. le Dr Guinon).
Fièvre typhoïde avec accidents cardiaques.

P... Edouard, 12 ans, entré à la salle Blache le 20 septembre 1898. Lit n° 8.

Rien dans ses antécédents.

Etat actuel. — Malade depuis le 1^{er} septembre. La maladie débute par un torticolis avec fièvre. Toux légère.

Vers le 3 ou 4 septembre, saigne un peu du nez. Le 5, de même.

L'enfant se plaignait de l'estomac, n'avait ni diarrhée, ni constipation.

Le 9. — Assoupissement complet avec 40°,7. Toux plus fréquente.

L'état reste le même jusqu'au 18 septembre.

Le 18 septembre. L'état général devient plus grave; la température est à 40°,2. Sueurs profuses. Un seul vomissement. L'enfant ne se plaint ni de la tête, ni du ventre. Les 19-20, délire plus violent jour et nuit.

Le 21 septembre. — L'enfant entre à la salle Blache. La nuit du 20 au 21 a été agitée. L'enfant dit des paroles incohérentes.

Le 22. — A l'examen. — On constate un état général très abattu, le visage est pâle, la langue saburrale. Taches rosées sur le ventre. L'enfant hier ayant voulu se lever, est tombé. Le pouls est à 112.

26 septembre. — Depuis trois jours, les bruits du cœur se sont affaiblis. Le rythme est devenu embryocardique.

Malgré cela le pouls est resté régulier, n'a pas dépassé 112. Cependant menaces de myocardite. L'enfant déliré moins. Il supporte mal les bains froids à 28°. Les deux bases des poumons sont notablement congestionnés. Le visage reste pâle.

28 septembre. — Pouls toujours à 112, faible.

Même pâleur, mais les bruits du cœur sont plus forts. Le délire a cessé. Le ventre est ballonné. La surdité persiste relative.

Matité moindre à la base gauche. Toujours forte à la base droite. Râles dans tout le poumon.

Tout danger de myocardite est écarté.

6 octobre. — La convalescence se fait sans accidents.

OBSERVATION 15.

(Dr H. Barbier. Société de pédiatrie 12 décembre 1899).

Fièvre typhoïde. Rechute. Myocardite. Mort.

Marguerite R..., 5 ans. Salle Blanche lit n° 14 Hôpital Trousseau.

Entre au cinquième jour de sa fièvre typhoïde. Le neuvième jour les symptômes habituels sont au complet ; comme chez sa sœur (observation n° 5), la rate est énorme l'agitation extrême ; elle délire la nuit.

Pouls dès le début aux environs de 140 ; à partir du quatorzième jour le cœur tend à prendre le rythme fœtal. Mais l'état général s'améliore, la température descend du quinzième au vingt-deuxième jour en lysis jusqu'à 37°,6. Mais le lendemain elle remonte à 40°, c'est le début d'une rechute ou mieux d'une récidive.

Les nuits sont mauvaises, insomnie, délire. Pas un instant de repos dans le jour.

Température autour de 40°. Les bruits du cœur sont sourds, le rythme embryocardique. Le pouls oscille entre 160 et 180.

Congestion des deux bases. Ballonnement du ventre. Vomissements. Diarrhée intermittente, abcès.

Tels sont les symptômes qui se succèdent ou coexistent au cours de cette rechute jusqu'à la mort qui survient le quarante-unième jour de la maladie, dans la soirée, après quelques minutes d'une agitation extraordinaire, où la petite malade, comme asphyxiante, essayait de pousser des cris ; gesticulait, et jetait tout autour d'elle des yeux hagards.

L'autopsie n'a pu être pratiquée, opposition étant faite par la famille.

OBSERVATION 16

Due à l'obligeance de M. le Dr Louis Guinon.

Fièvre typhoïde. Myocardite. Appendicite. Opération. Mort.

Jeune fille entrée le 28 avril 1896.

Cette jeune fille a été prise il y a une dizaine de jours, de céphalée, de courbature et de fièvre. Elle a eu un léger saignement de nez ; pas de diarrhée.

28 avril. — La malade entre dans le service le 28 avril. Elle se plaint de céphalée vive, courbature intense. Coryza. A ce moment aucun signe morbide du côté de l'abdomen ; la face est congestionnée ; la malade répond bien et n'est pas abattue. Température du soir, 38°,9.

29-30 avril. — Les jours suivants, la température baisse progressivement ; le 29 au matin, 37°,2, le soir 39°,4. L'état général semble meilleur.

1-2-3 mai. — Le lendemain, la température remonte le soir à 38°,2, elle y reste le 2 au matin. Le soir, elle monte à 39°6. Enfin elle atteint 40° le soir du 3. On pense à la possibilité d'une dothiéntérie, malgré l'irrégularité de la température.

4 mai. — La température se maintient au voisinage de 40° à 3 heures. On donne un bain froid qui fait tomber la température de six dixièmes. Apparition de symptômes péritonéaux. Le ventre est peu ballonné, mais très hypéresthésique ; respiration fréquente.

5 mai. — L'état général s'aggrave dans la nuit, le ventre est tendu et extrêmement douloureux, en particulier dans la fosse iliaque droite. Vomissements paracés ; légère diarrhée ; température du matin 39°4. On porte le diagnostic d'appendicite avec phénomènes typhoïdes.

5 mai. — Opération pratiquée d'urgence par M. Rieffel. Chloroformisation. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Les anses intestinales apparaissent un peu distendues et légèrement congestionnées. Pas d'ascite. En explorant la fosse iliaque droite, on constate que le cæcum est fortement distendu et derrière lui on sent un corps dur ; c'est l'appendice.

Il est facile de l'amener à l'extérieur. Il est notablement modifié. Il est transformé en un véritable petit cordon dur, rigide, turgescent. Il est long de 7 à 9 centimètres. Son calibre est un peu inférieur à celui d'un petit doigt d'un adulte. Sa coloration contraste avec celle des anses voisi-

nes. Il est rouge très injecté. On juge utile d'en pratiquer l'ablation.

Dans la fosse iliaque on ne rencontre aucun foyer purulent. Suture de la paroi sans drainage.

Pansement iodoformé.

La malade a un très bon réveil. Elle n'a plus de vomissements.

Elle a semblé aller mieux pendant deux jours, puis elle s'affaiblit. On constate du côté du cœur de l'embryocardie ; pouls petit, irrégulier ; légère cyanose ; dyspnée. Pas de souple orificiel. Mort le 9 mai.

Autopsie. — Dans les 60 derniers centimètres de l'iléon, on trouve des plaques de Peyer ulcérées ; quelques unes ont de très notables dimensions. Les ulcérations se retrouvent très nombreuses dans le cæcum : il en existe une à la base de l'appendice, circulaire et à fond légèrement saignant.

Dans les 15 premiers centimètres du colon ascendant, nombreux follicules clos ulcérés. Rien dans l'estomac. Dans le mésentère ganglions volumineux.

Pastrace de péritonite. Pas d'ascite. La place opératoire est en très bon état et il n'existe pas trace de réaction inflammatoire autour du moignon de l'appendice réséqué.

Le cœur est petit, flasque, décoloré. Pas de végétations sur les orifices auriculo ventriculaires.

Le foie n'offre pas de caractères particuliers. La rate est grosse, molle et diffluente.

OBSERVATION 17

(Thèse de Bacaloglu, 1900).

Fièvre typhoïde de longue durée (37 jours). Troubles cardiaques, (assourdissement du 2^e bruit, embryocardie). Hémorrhagies intestinales; eschares, abcès. Guérison.

Alfred S..., âgé de 14 ans, entre à l'hôpital des Enfants Malades, dans le service du Dr Moizard le 20 février 1900 pour des étourdissements, de la céphalalgie et des douleurs abdominales.

Il est né à terme, nourri au sein jusqu'à 17 mois; il a marché à 11 mois, et a eu sa première dent à 7 mois. Il a eu une rougeole non compliquée à 2 ans et demi et deux angines légères.

Il est malade depuis huit jours. Il a perdu l'appétit. Il était étourdi et avait de la fièvre. Alité depuis trois jours, il a commencé, à ce moment, à ressentir des douleurs abdominales et il est survenu de la diarrhée. Il n'a pas eu de nausées, pas de vomissements, pas d'épistaxis.

A son entrée à l'hôpital, il est abattu. La langue est sèche, dépouillée à la pointe. Il n'a rien à la gorge. L'abdomen est légèrement météorisé et il présente une éruption assez abondante de taches rosées lenticulaires.

La fosse iliaque droite est légèrement douloureuse, on y perçoit du gargouillement.

La rate ne paraît pas bien grosse. Le foie est normal. On constate au niveau du poumon des râles ronflants et sibilants, disséminés, plus abondants aux bases.

Les battements cardiaques sont normaux; le pouls est légèrement dicrote (108), la température est de 39°,8. Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

Le diagnostic de fièvre typhoïde est évident.

On commence la balnéation froide; les premiers bains sont donnés à 25°, les suivants à 22°. On donne les bains toutes les trois heures, jour et nuit, toutes les fois que la température dépasse 39°. La température du matin est de 40°; le soir elle marque 40°,6.

Du 22 février au 26. — Il n'y a rien de particulier à noter. La température se maintient dans les environs de 40°. Le pouls varie entre 110 et 120; les urines contiennent des traces d'albumine (500 gr. d'urine dans les 24 heures).

Le 26 février. — On constate que le pouls devient mou; il est à 120, les battements cardiaques sont modifiés; les bruits s'assourdissent et le premier bruit surtout perd son timbre éclatant. Il y a des râles ronflants et sibilants, disséminés aux deux bases des poumons; on prescrit une piqure de 0.20 centig. de caféine.

Du 26 février au 2 mars. — On continue les piqures de caféine. Le pouls continue à être mal frappé et les battements du cœur sont très affaiblis. Les deux bruits s'égalisent comme timbre et intensité.

Le 2. — On constate une nouvelle éruption de taches rosées lenticulaires.

Le 5 mai. — 7 heures du matin, l'enfant a une hémorragie intestinale abondante. Les selles sont rouges et contiennent quelques caillots. Les battements du cœur sont encore plus assourdis et le rythme cardiaque tend à de-

venir embryo-cardique. Le pouls est faible et rapide ; il y a 125 pulsations à la minute. On supprime les bains et on recommande le repos le plus absolu. On prescrit des boissons glacées, une vessie de glace sur l'abdomen et on fait boire une potion contenant 0.05 centg. d'extrait thébaïque et 1 gr d'ergotine. En plus on lui fait deux injections par jour de sulfate de spariéine (de 0.04 centg).

Le 7. — Les selles redeviennent normales. On donne de nouveau des bains froids, (la température oscille toujours entre 39°5 et 40°). Le pouls et le cœur conservent les mêmes caractères de mollesse et le cœur surtout est inquiétant avec ses battements faibles et son rythme embryo-cardique ; c'est surtout le premier bruit qui est extrêmement affaibli.

Dans la nuit du 10 au 11 mars, le petit malade a eu trois selles sanglantes. Le matin, nous voyons que le bassin est rempli de caillots. La température est de 40°. Les battements cardiaques sont lointains, très rapides, le pouls est filiforme à 150. On supprime de nouveau les bains. Traitement : glace sur le ventre, potion à l'extrait thébaïque et à l'ergotine, injection sous-cutanée de 100 gr. de sérum artificiel.

Le lendemain, l'hémorragie est arrêtée, mais la fièvre est toujours très élevée (39°8) et on lui fait des enveloppements froids avec le drap mouillé toutes les trois heures.

Le 13. — On reprend les bains froids.

Le 16, l'enfant a une hémorragie intestinale qui s'arrête dans la journée. Le petit malade est très agité, il se plaint

tout le temps ; son pouls est à 125 et sa température à 39°5.

Les jours suivants l'état reste stationnaire.

Le 18.— Le pouls rapide (148) est presque imperceptible, le cœur a des battements sourds et les deux bruits sont d'intensité égale. On prescrit 30 gouttes de teinture de digitale.

Le 24 mars, le pouls est à 110. Les bruits du cœur sont moins sourds.

Le 25 mars. — La température qui la veille était de 39°4 tombe à 37°2. L'état général est meilleur ; les urines abondantes (800 gr.).

On constate la formation d'un abcès sous dermique au niveau de la face antérieure de la cuisse gauche. Il s'écoule après incision beaucoup de pus verdâtre.

Le 29 il y a une légère eschare sacrée ; en plus sur le dos et la racine des membres il existe une poussée furonculaire très abondante (infections secondaires). Le cœur est bien meilleur, mais il n'est pas encore revenu à un état normal ; le premier bruit est toujours sourd.

Depuis le 2 avril, la convalescence commence à s'établir on supprime la sparteine, le cœur a 90 pulsations, les abcès, l'eschare et les furoncles sont en voie de séparation. La polyurie de la convalescence s'établit franchement et la température oscille de 37° le matin à 38° le soir. Le poids devient lent et irrégulier. On constate autour des articulations des genoux, au niveau des cartilages épiphysaires, ainsi que sur la partie externe de la racine des cuisses de magnifiques vergetures.

L'enfant sort complètement guéri le 20 avril, et son cœur est tout à fait normal.

OBSERVATION 18

(Thèse Bacaloglu 1900).

Fièvre typhoïde, diphtérie. Myocardite grave. Ondulation précordiale. Bruit de souffle systolique à la pointe, disparition du premier bruit à la base pendant sept jours. Syncope. Cyanose. Paralyse du voile du palais. Guérison.

Au mois de juillet (du 25 juillet au 2 août) le nommé Emmanuel G..., 14 ans, fut soigné dans la salle Blache à l'hôpital des Enfants malades. Huit jours plus tard, le 9 août après être sorti guéri il rentre de nouveau dans le service du Dr Variot avec une fièvre intense, de l'épistaxis et de la diarrhée. On pose en ce moment le diagnostic de fièvre typhoïde et on croit que la maladie a été contractée à l'hôpital, l'enfant étant couché à son premier séjour dans une salle où l'on soignait quelques typhiques.

Il avait l'abdomen légèrement météorisé et on constate du gargouillement dans la fosse iliaque droite. La rate était augmentée de volume et il y avait des taches rosées disséminées sur la paroi abdominale. Température 39°5.

La maladie évolua très normalement, il n'a jamais eu de délire, on le traite par la balnéation froide.

Le 18 août. — On constate une angine à fausses membranes qui motive un passage aux douches (salle Henri Roger, n° 16). Le lendemain les cultures sur sérum révèlent des bacilles courts mêlés à de nombreux cocci. Nous lui faisons une injection sous-cutanée de 20 centimètres

cubes de sérum anti-diphtérique et le 21, l'amélioration étant à peine marquée, nous lui injectons encore 14 centimètres cubes. T. 39°,2. P. 120.

Les jours suivants, l'angine s'atténue, mais les battements cardiaques deviennent plus rapides ; le 30 août l'on comptait 128 pulsations et le lendemain 124, avec une température de 37°8. La langue est sèche ; le pouls est fréquent, mais encore ample.

Le premier bruit aortique est assourdi, on l'entend à peine. La gorge est en très bon état ; elle est à peine rouge et ne présente plus trace de fausses membranes. (Injection de caféine 0c. 20 et 100 grammes de sérum artificiel).

Le 1^{er} septembre. — Au soir, la température s'élève à 38°4. Le malade est très oppressé ; l'on constate les mêmes signes stéthoscopiques ; le pouls est à 106. Le lendemain la température reste à 38°1 en même temps que les pulsations augmentent de fréquence (166).

Le 3 septembre. — Au matin le malade paraît mieux ; le pouls est meilleur, plus plein et moins rapide (114) ; le premier bruit aortique est toujours très sourd. A 4 heures du soir la température est à 39° et à 6 heures à 40°4. Le pouls à ce moment est à 154 et le malade est très oppressé.

Le lendemain 4 septembre. — Amélioration notable ; température 37°,2. Pouls à 114. Mais l'on constate à la pointe un souffle systolique très net, à timbre doux dans la position horizontale, et devenant beaucoup plus rude lorsque l'enfant est assis. Le premier bruit aortique ne s'entend pas du tout. L'auscultation du poulmon ne révèle rien d'anormal ; les bruits cardiaques ont une si faible

intensité qu'on ne les entend plus dans la région de l'aisselle, ce qui fait qu'on ne peut pas dire dans quel sens ils se propagent. On constate à la partie inférieure de l'abdomen une légère éruption due au sérum.

Le 5. — Dans la soirée, l'enfant paraissait très abattu et présentait une cyanose généralisée dans tout le côté droit, côté sur lequel il était couché. Cette cyanose rappelait absolument celle que l'on observe dans la maladie bleue; la température s'élevait alors à 39°,1. La teinte cyanotique s'est atténuée le lendemain et ne persistait plus qu'aux deux mains. La température reste à 39°, et le pouls est extrêmement faible, tremblotant; il atteint 120.

Au niveau du cœur, lorsque le malade est couché, le bruit du souffle présente une intensité moins forte que les jours précédents. Le deuxième bruit paraît plus sourd. En faisant asseoir l'enfant, le souffle reprend son timbre légèrement rugueux et son intensité habituelle. On n'entend pas du tout le premier bruit aortique.

Le surlendemain 7 septembre. — Dans la matinée, le malade est devenu subitement tout pâle, la figure sans expression. Cette syncope a duré un quart d'heure, puis l'enfant a repris connaissance. Le soir, l'enfant est encore pâle : ses mains et ses pieds sont cyanosés et froids. Le pouls est très faible et légèrement frappé (124). Le souffle systolique de la pointe est beaucoup plus rude que les jours précédents et se propage nettement vers l'aisselle. On perçoit également un léger rythme de galop vers la région moyenne du cœur.

Le deuxième bruit aortique qui subsiste seul à la base est

plus faible que la veille. Le lendemain même état, avec le bruit de galop un peu plus accentué.

Le 9 et le 10. — L'état général est meilleur, la température tombe aux environs de 37. Mais le malade fait une eschare au niveau du sacrum. En outre depuis quelques jours on s'aperçoit que le malade rend par le nez une partie des liquides qu'il avale ; sa voix est nasillarde et peu distincte ; on constate une paralysie très nette du voile du palais d'origine certainement diphthérique.

Le 11. — L'amélioration continue et le premier bruit aortique s'entend un peu.

Le 13 septembre. — Rechute ; la température monte à 38°,2. Les bruits du cœur sont de nouveau très assourdis. Le pouls est faible et mal frappé (138 pulsations). Le souffle systolique de la pointe moins rude, ne s'entend plus que dans la position couchée ; il disparaît lorsqu'on fait asseoir le malade.

Le lendemain pas d'amélioration, quoique la température ait un peu baissé (37°,9). On constate en effet du rythme fœtal. Le souffle ne s'entend pas, le myocarde n'ayant plus de force nécessaire pour en déterminer la production. Le premier bruit aortique est de nouveau complètement disparu.

Le 15. — Même état, le rythme fœtal persiste : 144 pulsations. Le pouls est très faible, le malade très abattu répond à peine aux questions qui lui sont posées.

Le 16. — Légère amélioration ; le souffle de la pointe s'entend de nouveau, mais très léger ; le malade souffre beaucoup de son eschare.

Deux jours après, son aspect à tout à fait changé ; les

pulsations sont mieux frappées. Le souffle de la pointe est très net; le premier bruit aortique commence à redevenir perceptible, sa tension artérielle est au-dessous de la normale : 12.

Les symptômes vont toujours en s'améliorant jusqu'au 22 septembre. Ce jours-là les bruits du cœur sont très frappés et le premier bruit aortique est très net. La paralysie du voile du palais ne présente pas d'amélioration.

Le 28. — Le malade qui n'a plus de fièvre depuis une semaine, va toujours de mieux en mieux.

Le souffle systolique a complètement disparu, aucun signe anormal ne persiste plus, sauf une ondulation précordiale assez marquée dont on avait constaté l'apparition dès le début de la myocardite.

Le 4 octobre. — Le cœur est absolument normal.

L'ondulation précordiale est à peine perceptible.

L'eschare sacrée est en très bonne voie de cicatrisation.

Le 20 octobre. — Le malade est en pleine convalescence. Son état général est excellent et les bruits cardiaques sont normaux. Le pouls un peu rapide (100) ne présente pas d'irrégularité.

OBSERVATION 19.

(Thèse Pouillot, Paris 1893).

Fièvre typhoïde. Accidents de collapsus. Mort subite.

Désiré X..., âgé de 8 ans entré le 15 août 1892. Service de M. le Dr Moizard.

D'après les renseignements fournis par ses parents, il serait au 20^e jour environ de sa fièvre typhoïde.

A l'entrée rien d'anormal du côté du cœur et du pouls.

17 août. — Le pouls est petit, rapide, les battements du cœur sont affaiblis.

18 août. — Le pouls est filiforme, les battements du cœur s'entendent à peine ; l'enfant est dans le collapsus ; les extrémités sont refroidies, bien que la température centrale soit de 40°. On fait des piqûres d'éther et de caféine.

19 et 20. — Même état de collapsus.

21 août. — Les battements du cœur sont bien mieux frappés. Le collapsus est moins complet.

22 août. — Le malade qui allait un peu mieux est pris brusquement dans l'après-midi d'une syncope à laquelle il succombe.

Autopsie. — Lésions typhiques caractéristiques et dégénérescence graisseuse du cœur.

OBSERVATION 20.

(Thèse de Bacaloglu).

Fièvre typhoïde de moyenne intensité et à marche normale chez un enfant de trois ans. Mort subite en pleine convalescence. Lésions intenses de myocardite.

Roger M..., âgé de 3 ans entre le 4 août 1899. Salle Gillette à l'hôpital des Enfants Malades. Une de ses sœurs, âgée de huit ans, était déjà soignée dans cette salle depuis une douzaine de jours pour une fièvre typhoïde bien caractérisée et qui a bien guéri.

Dès l'entrée à l'hôpital, la coïncidence de la fièvre typhoïde chez la sœur et l'existence des signes physiques

chez notre petit malade permet d'affirmer une fièvre typhoïde.

Ce petit garçon, d'apparence très robuste, présentant tous les signes d'une très bonne santé était malade depuis environ huit jours ; les selles étaient ocreuses, la langue caractéristique, le ventre ballonné montrait des taches rosées. La température le premier jour dépassait 40° mais l'état général était excellent ; l'enfant n'était pas abattu et supportait remarquablement bien la température élevée. En présence de l'allure tout à fait simple de l'affection l'enfant ne fut pas soumis à la balnéation froide ; on se contenta de légers purgatifs, de lavements froids et du régime lacté. La température reste dans les environs de 40° jusqu'au 8 août et descend ensuite progressivement, formant une courbe absolument typique de dothiéntérie pour atteindre la normale le 23^e jour de la maladie.

Pendant toute la période fébrile l'état général se maintint toujours ; seule une petite complication se montra le quatorzième jour de la maladie. Ce jour-là on constata sur les cuisses et les épaules des taches purpuriques à limites assez diffuses, les plus étendues atteignant au plus la surface d'une pièce de 0,50 cent.

Trois jours après, ces taches purpuriques avaient pâli beaucoup, et après dix jours il n'en restait plus trace. A ce moment l'enfant est descendu salle Bouchut, les malades de la salle Gillette étant évacués pour permettre la réparation du local. A son entrée salle Bouchut, le malade approchait de la convalescence ; il n'avait plus qu'une fièvre légère, presque plus de diarrhée et on se contenta de lui continuer un lavement froid tous les jours. Il jouait

déjà assis sur son lit presque toute la journée. La seule petite complication à ce moment était un coryza croûteux de l'orifice des deux narines mais sans écoulement nasal purulent ou pseudo membraneux et sans otite.

Du reste, le 17 août, avec l'application d'une pommade résorcinée les lésions nasales étaient guéries.

Le 20 août. — Apyrexie complète ; le cœur et le pouls ne présentent rien de particulier. L'enfant urine 600 grammes d'urine claire non albumineuse.

Le 23 et le 24. — On note un peu de constipation, (léger purgatif et lavement) ; le 25 le malade réclame à manger et comme il est un peu pâle et complètement apyrétique, on commence l'alimentation par le bouillon puis les potages et les œufs. Le 27, l'enfant paraît moins gai et la pâleur de la face augmente un peu bien qu'on ne constate rien d'anormal ni du côté du cœur ni du côté du pouls. Le 28, le pouls est un peu petit ; somnolence dans la journée, l'enfant s'alimente mal. Le 29 au matin on constate que les urines sont peu abondantes, l'infirmière en lui nettoyant la bouche est frappée de sa pâleur et raconte à la visite que l'enfant a failli avoir une syncope. On constate alors que les bruits du cœur sont assez faibles, que le pouls est petit, et on prescrit une piqûre de caféine de 0,20 cent'g. La journée se passe sans nouveaux accidents mais la pâleur des téguments, déjà si marquée depuis deux ou trois jours augmente encore.

Bain chaud sinapisé le soir. Le lendemain même état, mais les bruits du cœur sont plus faibles ; le pouls est très misérable. On prescrit une injection de caféine et on fait une injection de sérum artificiel. L'enfant est assis

sur son lit, cause, mais paraît triste. A deux heures de l'après-midi, il était assis lorsque tout à coup la tête se renverse en arrière, le corps s'affaisse; la surveillante s'approche : l'enfant était mort.

Autopsie faite vingt-six heures après la mort.

Les lésions du tube digestif sont remarquablement réparées. On retrouve cependant des traces certaines d'ulcérations cicatrisées récemment.

Les poumons sont intacts et on y recherche la possibilité d'une embolie sans rien trouver de semblable. Il n'existe ni otite, ni thrombose des sinus; les centres nerveux sont intacts (encéphale et moelle). Les reins paraissent sains, ainsi que les capsules surrénales, le pancréas, le corps thyroïde, etc. La rate a à peu près les dimensions normales.

Le seul organe qui semble présenter une altération est le cœur : il n'est pas augmenté de volume; il n'existe aucune trace de péricardite, aucune altération de l'aorte, mais la coloration générale du cœur est un peu jaunâtre et tire un peu sur la coloration de la feuille morte. Ce qui est surtout remarquable, c'est le peu de consistance de l'organe qui sur la table d'autopsie, s'affaisse un peu sur lui-même. La palpation du muscle cardiaque permet de constater cette diminution de consistance.

OBSERVATION 21

(M. le docteur Guinon. *Bulletin de la Société de Pédiatrie*).
(avril 1900).

Endo-péricardite au cours de la fièvre typhoïde.

Marie H.... âgée de 13 ans, est prise en septembre 1899

de fièvre typhoïde au cours d'une épidémie qui atteignit six personnes dans un même château et causa la mort de l'une d'elles. Je vois l'enfant au quatrième jour avec une température de 39°5.

Malgré mon diagnostic certain, je n'applique pas d'emblée la méthode des bains froids. Je me borne à prescrire des bains tièdes parce que je suis frappé de la pâleur de l'enfant.

Dès le sixième jour le cœur est trop bruyant, mais régulier et peu rapide.

Peu à peu la température restant aux environs de 39°, le pouls s'accélère et passe de 90 à 100 et 110.

Il s'affaiblit un peu. La région précordiale est soulevée par une ondulation violente. Cependant à ce moment-là, 10^e jour, il n'y a pas de bruit anormal, mais les bruits normaux sont très violents.

Les premiers jours, à cause de la faiblesse du pouls, j'avais donné la caféine ; mais le cœur s'accélérait, je la remplace par de la strychnine.

Le 13^e jour l'ondulation précordiale augmente et je perçois à l'auscultation un bruit fort, superficiel, difficile à localiser et d'ailleurs très inconstant, qui ressemble beaucoup à un frottement péricardique, mais qui pourrait être cependant considéré comme un bruit extra-cardiaque.

D'ailleurs le cœur est manifestement dilaté ; l'enfant est très pâle, polypnéique ; elle se plaint avec insistance d'une douleur profonde « au creux de l'estomac ».

Le 16^e jour, le pouls est encore plus rapide, 120 ; les bruits du cœur sont plus sourds, le bruit anormal est devenu franchement diastolique et a pris nettement le caractère

du frottement. Nous concluons, avec M. Hutinel qui voit l'enfant avec moi, qu'il s'agit d'une péricardite avec faiblesse du myocarde.

On supprime les bains ; on applique la glace en permanence sur le cœur et on donne 06 centigr. de sulfate de spartéine par jour.

Les jours suivants le frottement persiste, les bruits du cœur restent sourds. Il est toutefois impossible de nier ou d'affirmer la présence d'un épanchement péricardique. Pendant ce temps, du onzième au dix-huitième jour, la température oscille entre 38° et 39°. Les symptômes généraux sont presque nuls ; il n'y a pas de diarrhée, très peu de ballonnement. La langue reste humide ; l'enfant a toute son intelligence, et n'étaient les taches rosées, l'hypertrophie de la rate, et la marche très classique de la température on ne croirait pas avoir affaire à une fièvre typhoïde aussi gravement compliquée.

Le 18^e jour, la température tombe pour la première fois au dessus de 38° (37°,8) le cœur se calme, mais le frottement persiste le pouls a repris quelque vigueur sous l'influence de la spartéine.

La défervescence se fait régulièrement, elle est complète le 23^e jour où la température tombe au-dessous de 37°.

A ce moment, nous cessons de voir la malade ; son médecin ordinaire qui reprend la direction du traitement, entend pour la première fois un souffle systolique à la pointe.

L'apyrexie est complète pendant six jours ; le 27^e la température remonte et on assiste à une poussée fébrile

qui présente les caractères incomplets d'une rechute ; atteint un maximum de 39°,5, et dure sept jours (jusqu'au 34^e jour). Mais pendant ce temps le cœur est de nouveau plus agité ; le souffle devient plus fort, la petite malade qui est restée extrêmement pâle présente un peu d'oppression.

Je revois l'enfant à la fin de cette crise ; elle reste très affaiblie, pâle comme après une hémorragie profuse et sa température retombe de nouveau au-dessous de 37°.

Jusqu'au 48^e jour, l'apyrexie persiste ; à cette date, la température monte en deux jours à 39° sans qu'on puisse incriminer une rechute. En même temps, le cœur présente des signes d'agitation et le souffle de la pointe devient plus évident. C'est seulement le 52^e jour que la guérison est complète et que l'appétit reparait. La convalescence marche lentement.

L'enfant a maigri beaucoup et s'est considérablement allongée. Elle garde de sa maladie des signes stéthoscopiques indubitables d'une insuffisance unitrale et peut-être d'un léger rétrécissement. Les signes de péricardite ont complètement disparu.

CHAPITRE III

Complications nerveuses.

Il n'est guère de maladies aiguës, au cours desquelles ont n'ait constaté des accidents nerveux.

Ces complications, observées au cours de presque toutes les maladies infectieuses, ne sont pas exceptionnelles au cours de la dothiènerie.

Ces accidents surtout observés chez les adultes peuvent se présenter aussi chez les enfants. Ils se rencontrent surtout dans les fièvres typhoïdes graves et il semble que la question de terrain joue un grand rôle dans leur apparition. Chez les enfants qui n'ont pas encore eu le temps d'avoir des antécédents pathologiques personnels, il faut mettre en cause l'hérédité car ces accidents se présentent surtout sur un terrain préparé. Ces formes sont surtout fréquentes chez les enfants issus de parents névropathes, alcooliques ou syphilitiques. (Observ. 37).

Le premier fait qui se dégage des observations, c'est que ces troubles nerveux, quelles que soient les formes qu'ils affectent peuvent survenir à toutes les périodes de la fièvre typhoïde. Période d'invasion, période

d'Etat, période de déclin et de convalescence.

Les accidents nerveux de la convalescence sont cependant de beaucoup les plus fréquents. Ils se présentent sous des formes cliniques multiples et complexes. Il y a des phénomènes du côté du système nerveux central comme du côté du système nerveux périphérique.

Ces formes nerveuses peuvent aller depuis les cas où il n'y a que du délire, de l'agitation jusqu'à des symptômes beaucoup plus graves. Tel malade se plaint seulement de faiblesse dans les membres inférieurs ou supérieurs; chez tel autre la paresie peut aller en s'accroissant et aboutir à une paralysie du membre.

Les troubles de la motilité peuvent affecter les formes les plus variées. On a noté des paraplégies, des monoplégies, des hémiplegies et même de l'aphasie. On a rencontré les symptômes de la sclérose en plaques, l'incoordination des mouvements (obs. 22) Des paralysies, des névrites multiples ne sont pas rares. (obs. 23 et 24).

Les sphincters sont loin d'être épargnés. Il est fréquent de voir des malades présenter de phénomènes de rétention d'abord, puis d'incontinence d'urine et même des matières fécales, tout autant de symptômes qui prouvent que les sphincters sont touchés

Les troubles de la sensibilité ne sont pas moins intéressants à considérer. Il peut y avoir de l'anesthésie, et de l'hypéresthésie.

En même temps que ces troubles moteurs et sensitifs

on peut voir apparaître de l'atrophie musculaire. Les exemples d'atrophie musculaire, comme de paralysies et de névrites se rencontrent surtout chez les adultes mais ne sont pas rares cependant chez les enfants. Nous en publions plusieurs observations.

Les réflexes peuvent être touchés ; dans des cas, on a noté l'exagération dans d'autres la diminution.

Dans quelques cas, les phénomènes nerveux prennent la forme méningitique (comme dans notre observations, 25). Les enfants présentent des convulsions alternant avec le coma, de la raideur de la nuque, de l'hypéresthésie cutanée, des troubles passagers de la peau. un pouls irrégulier, même quelquefois des cris hydrencéphaliques comme dans une de nos observations. (obs. 25). Tous ces symptômes peuvent s'observer et donner le change et faire penser à une méningite tuberculeuse.

Cependant il ne s'agit le plus souvent que d'une hyperhémie diffuse des méninges et de la substance cérébrale ; il est exceptionnel qu'il y ait des lésions plus profondes. Ce qui permet cependant de distinguer les accidents de la fièvre typhoïde de la méningite tuberculeuse, c'est que, en plus des renseignements fournis par la maladie en cours, dans la méningite tuberculeuse, le début est beaucoup plus traînant, la céphalalgie est beaucoup plus tenace et beaucoup plus continue, la stupeur plus profonde, et plus prolongée, l'amaigrissement plus prononcé et plus rapide. C'est ainsi que dans la méningite tuberculeuse, il se produit souvent des symptômes paralytiques du côté des

yeux et des membres, que le pouls n'est pas seulement irrégulier, mais encore ralenti et que très souvent on constate des stigmates de tuberculose et signes d'adénopathie trachéobronchique.

Les cas de méningites typhoïdiques ne sont plus si rares maintenant. Tous les auteurs qui ont décrit la dothiéntérie ont signalé l'importance de ces phénomènes cérébraux, et leur gravité. — La description en a été faite bien des fois. Les enfants sont pris de frissons, de malaise général ; souvent même de convulsions. Ils poussent des cris et des plaintes comme plusieurs de nos observations en font foi. On trouve ces enfants couchés sur le dos ou sur le côté ou en « chien de fusil », la face pâle, terreuse, les paupières à demi fermées, les yeux convulsés, les pupilles dilatées. Les gencives sont sèches, fulgineuses, la langue fendillée et également recouverte de fuliginosités, dès le début les petits malades sont assoupis ; il faut les secouer fortement pour les faire sortir de leur torpeur ; ils répondent plus ou moins bien aux questions.

En général cet assoupissement se transforme en délire pendant la nuit et en coma le jour. Ces malades sont plongés dans des demi-coma dont il est difficile de les tirer ; la figure est hébétée. (Obs. 37).

Dans plusieurs des cas le bacille d'Eberth a été retrouvé. Cependant ces cas sont encore exceptionnels et M. Netter a déclaré qu'il ne connaissait guère dans la littérature médicale qu'une quinzaine de cas de méningite typhique.

A deux reprises le Dr Fernet à la Société médicale

des hôpitaux, en juillet 1891 et en octobre 1894 a communiqué des cas de méningites typhoïdiques à bacille d'Eberth, où la nature de la méningite a été démontrée par l'examen bactériologique. Plus près de nous de nouvelles observations ont été communiquées à cette même société, entr'autres une par M. Laignel Lavastine le 28 décembre 1900. Tous les phénomènes qui ont été observés seraient capables de modifier le tableau clinique de la fièvre typhoïde, mais si cette localisation du bacille d'Eberth change la physionomie et l'évolution de la fièvre typhoïde, elle ne s'éloigne pas trop cependant de certaines formes cérébrales que l'on peut rencontrer au cours de cette maladie. Parmi ces accidents, certains sont d'ordre purement toxique dues à l'action, sur les centres nerveux et les méninges des toxines élaborées par le bacille d'Eberth. D'autres ne sont que l'exagération des phénomènes nerveux constituant la forme ataxo-dynamique de cette affection, d'autres encore plus accusés indiquent une réaction plus réservée des méninges et ont été décrits de nos jours sous le nom de méningisme.

Leur substratum anatomique est peu considérable, c'est à peine si l'on rencontre au cours de ces accidents une vascularisation un peu plus marquée des méninges et parfois quelques faibles adhérences. Ce diagnostic de méningisme typhique pourra s'appuyer sur la rapidité d'évolution des phénomènes, la prédominance des signes fonctionnels, céphalée, stupeur, etc., sur les signes physiques, strabisme, dissociation du pouls et de la température, etc. Cependant le dia

gnostic ne sera pas toujours facile et il hésitera souvent entre des méningites dues à des infections secondaires et la méningite typhoïdique vraie. Le signe pathognomonique ne peut être fourni que par l'examen des exudats, et la ponction lombaire préconisée par M. Netter dans la méningite cérébrospinale présente un intérêt diagnostique de premier ordre et comme nous le dirons plus loin, dans certaines de ces fonctions le bacille d'Eberth a été rencontrée à l'état de pureté. De plus, tout récemment, Vauzetti, à l'Académie de Turin, a obtenu des cultures pures de bacilles d'Eberth avec le pus des méninges encéphaliques et d'un abcès nécrotique intéressant en partie le thalamus, la capsule interne et le corps vitré chez une fillette morte au cours d'une fièvre typhoïde avec une hémiparésie droite et des symptômes de méningite. Ce serait là, croyons nous le premier cas de localisation suppurée de bacille d'Eberth dans le cerveau (*Société Médicale des hôpitaux*, 28 décembre 1900). Souvent aussi la fièvre typhoïde chez les enfants simule la méningite cérébro-spinale. Les symptômes en sont tardifs. Le signe de Kernig peut se montrer environ de 10 à 20 pour 100 suivant une statistique de M. Netter. Ces formes sont dues au bacille d'Eberth. Souvent la ponction lombaire a démontré la présence du bacille de la fièvre typhoïde dans le liquide céphalo-rachidien. Cette forme de fièvre typhoïde est plus fréquente quand sévit une épidémie de méningite cérébro-spinale. Ces formes méningitiques sont toujours très graves. Elles peuvent être suivies de paralysies.

Elles comportent un pronostic grave et peuvent entraîner la mort.

On peut donc conclure en disant que les centres nerveux ne sont pas plus que les autres appareils de l'organisme à l'abri des maladies infectieuses et de leurs séquelles et on peut penser que la fièvre typhoïde peut jouer quelquefois un rôle méconnu dans la genèse de certaines affections médullaires ou cérébrales.

OBSERVATION 22

« Due à l'obligeance de M. le Dr Louis Guinon ».

Fièvre typhoïde grave. Traitement par les bains froids
et le sulfate de quinine. Guérison.

Accidents de la convalescence : constipation opiniâtre. Parésie générale avec tremblement à type de sclérose en plaques. Ataxie légère, paraplégie ; Exagération des réflexes et clonus du pied. Hyperesthésie passagère. Intégrité des sens et des fonctions intellectuelles.

Kr... Berthe, 11 ans. Entrée le 15 décembre 1890, salle Parrot, n° 4, service de M. le professeur Grancher. Sans antécédents héréditaires dignes d'être notés, cette enfant ordinairement bien portante a eu la rougeole dans le bas âge. Depuis le 10 décembre elle a la fièvre et se plaint de coliques. Elle entre au cinquième jour d'une fièvre typhoïde.

Etat actuel. — Le 17 décembre. — Les symptômes sont au complet, fièvre intense 39°, pouls 128.

Ballonnement du ventre, taches rosées, gargouillement cœcal, langue rouge sur les bords et à la pointe ; diarrhée jaune ocre, toux fréquente, râles ronflants dans toute la poitrine ; rate volumineuse : 0,09 centim. de matité dans la verticale.

Le traitement consiste en lotions froides et sulfate de quinine 0 gr. 75 centig.

Le 20 décembre. — Malgré les lotions et la quinine, une température modérée de 39°,2 le matin, l'enfant est agitée, délirante avec tendance à l'adynamie ; la langue est sèche, le pouls à 124, la respiration à 28°. De nombreux râles de bronchite s'entendent à droite.

On donne deux bains froids à 22° d'une durée de 10 minutes à 2 heures et à 7 heures du soir. Le premier abaisse la température de 41° à 39°; le second de 40°,5 à 39°. Sulfate de quinine 1 gr. donné le soir en trois fois.

Le lendemain, les bains ont amené du calme, abaissé la température, le pouls est à 96, on donne encore deux bains à midi et à quatre heures.

3 janvier. — Dès le 22 décembre, la fièvre a pris un cours régulier et relativement bénin, avec des oscillations de 2° environ. La période descendante s'est régulièrement effectuée; on a donné deux fois encore le sulfate de quinine à la dose de 1 gr. quand la température a atteint 40° le soir.

Les bains n'ont pas été renouvelés; depuis le 30 décembre la température est normale et la convalescence se poursuit graduellement.

Le 6 janvier. — On commence l'alimentation. Dans les jours suivants, l'appétit reparait; l'enfant digère bien, mais elle est extrêmement constipée. On est obligé de faire usage des lavements et de purgatifs salins (l'huile de ricin offrant quelques dangers).

Le 28 janvier. — L'enfant se lève.

31 janvier. — La surveillante a remarqué que l'enfant est plus faible qu'une convalescente ordinaire, que sa démarche est très hésitante; elle a attribué cela à la gravité de la maladie et a continué à la faire circuler dans la salle.

Aujourd'hui, nous constatons les phénomènes suivants : quand on met l'enfant debout, elle vacille, titube et ses jambes fléchissent en s'entrecroisant. Elle tomberait si

elle n'était soutenue. La marche, a plus forte raison, est impossible, mais en la soulevant pour lui faire exécuter quelques pas, elle s'avance pliée en deux, la tête basse et les yeux fixés à terre ; elle jette ses jambes à droite et à gauche, entrecroisant ses pieds de façon à trébucher constamment (démarche ébrieuse) ; d'ailleurs l'enfant ne souffre pas, e le est gaie et nous croyons ce jour-là qu'il s'agit simplement d'une paralysie des membres inférieurs. Les jours suivants, nous notons un ensemble de phénomènes très particuliers.

4 février. — Au point de vue cérébral on ne trouve rien d'anormal ; ni affaiblissement intellectuel ni aphasie, ni troubles de l'élocution, ni perte de la mémoire. Cependant il existe une dilatation pupillaire considérable des deux côtés.

Motilité. — Tout le système musculaire est affaibli ; ainsi l'enfant ne peut rester assise droite sur son lit, surtout si on lui fait en même temps croiser les bras. Alors elle est prise de tremblement et d'oscillations d'avant en arrière ; elle est très rapidement fatiguée et obligée de s'étendre. Tous les mouvements du corps sont possibles ; aucun groupe musculaire n'est vraiment paralysé.

Membres supérieurs. — L'affaiblissement des mains se traduit au dynamomètre de pression par les chiffres 8 1/2 à droite et 6 à gauche tandis qu'une enfant du même âge donne les chiffres 15 et 10. Pas de tremblement au repos. Il apparaît quand elle étend les bras ; il est transversal à petites oscillations rapides plus marquées à droite. Il augmente un peu quand elle porte la main à la tête.

Membres inférieurs. — Au lit l'affaiblissement se pro-

duit par l'impossibilité de résister aux mouvements communiqués de flexion et d'extension.

Il n'y a pas d'incoordination motrice que les yeux soient ouverts ou fermés; elle croise et décroise les jambes sans hésitation.

Le sens musculaire, dans ces conditions, paraît en somme peu altéré. Les réflexes patellaires sont très exagérés. Le choc des tendons provoqué une secousse qui se généralise dans tout le membre. Le phénomène du pied existe, mais il est peu intense.

Debout la malade s'affaisse; quand on la soutient, on arrive à lui faire faire quelques pas remarquables par l'entrecroisement continu des jambes. Ce n'est donc pas la démarche vulgaire d'un paraplégique; c'est un mélange de parésie et d'incoordination, c'est un peu la démarche térébelleuse.

Signe de Romberg très marqué: Les yeux fermés, toute progression devient impossible. L'enfant reste immobile ne sachant plus où sont ses jambes. Le sens musculaire est alors aboli.

Face. — L'orbiculaire palpébral est affaibli. Quand on commande de fermer les paupières, celles-ci sont agitées de tremblement et laissent à nu une bande de sclérotique.

Sensibilité. — Aucun stigmate hystérique; les trois modes de sensibilité sont conservés sur tout le corps: hypéresthésie cutanée et musculaire dans les membres inférieurs; elle domine surtout le long des nerfs crural et sciatique; à leur niveau, la pression provoque un sursaut violent.

Pas de troubles trophiques.

Troubles vaso-moteurs : la peau est blanche, pâle, le moindre frottement provoque une vaso-motrice très large.

La convalescence cependant évolue bien ; l'appétit et le sommeil sont parfaits, mais la constipation reste opiniâtre.

12 février. — Les troubles moteurs augmentent ; on note un tremblement des paupières, de la langue, de violentes oscillations du tronc quand on leur donne la position assise. Le tremblement des avant-bras et des mains devient très fort quand le malade tient les bras étendus. Incoordination des membres supérieurs : les yeux fermés, l'enfant n'arrive pas à toucher son nez avec l'un des index. Dynamomètre : Le 9 février à droite 5, à gauche 6, le 12 février à droite 3, à gauche 4 1/2.

Les réflexes tendineux deviennent très violents aux quatre membres ; la trépidation épileptoïde est des plus nettes.

17 février. — Les forces continuent à décroître, le tremblement augmente. Dynamomètre : à droite et à gauche 3.

20 février. — Le tremblement se manifeste maintenant, même au repos dans le décubitus dorsal ; il est évident surtout aux membres supérieurs, au cou, à la face et à la cuisse droite ; il augmente dans les mouvements volontaires.

Depuis quelques jours, on remarque que l'excitation mécanique d'un membre, pression, percussion, provoque la contraction du membre symétrique et aussi souvent celle du membre croisé (membre supérieur gauche et inférieur droit ; syncinésie croisée). Une contraction

volontaire forte produit les mêmes effets. Dynamomètre à droite et à gauche, 2.5.

L'enfant ne résiste plus à aucun mouvement communiqué ; malgré l'exagération des réflexes et la trépidation épileptoïde, on ne trouve aucune trace de contracture. La démarche, la malade étant soutenue et plus défec- tueuse encore. Assise au bord du lit, les pieds tombent en varus équ'in. Pas d'amyotrophie.

L'hypéresthésie diminue, cependant les troncs nerveux des membres inférieurs restent douloureux.

A signaler, comme nouveau phénomène, des plaques de cyanose sur les jambes avec abaissement de température.

Le 6 mars. — L'affaiblissement a encore augmenté ; l'enfant reste immobile dans son lit ; elle engraisse cependant très rapidement. Dynamomètre à droite et à gauche : 2. On faradise chaque jour, la plupart des mas- ses musculaires ; on note une diffusion de l'excitation qui des extenseurs de l'avant-bras s'étend aux fléchis- seurs. Depuis 15 jours on donne une ou deux cuillerées à café de sulfate de strychnine.

11 mars. — Amélioration déjà évidente. L'enfant com- mence à marcher en poussant une chaise devant elle ; le signe de Romberg persiste.

Dynamomètre à droite : 4,5 à gauche : 2,5.

19 mars. — Dynamomètre à droite 6, à gauche : 5.

20 mars. — La marche est meilleure ; l'enfant avance en frottant non plus les orteils, mais la plante des pieds.

Le tremblement s'atténue sauf pour la langue.

Le clonus du pied n'existe plus ; le réflexe patellaire diminue, mais aux membres supérieurs les forces restent

stationnaires. Dynamomètre à droite : 4, à gauche : 5.

9 avril. — L'amélioration porte surtout sur les membres inférieurs ; l'enfant marche assez facilement en se tenant aux chaises ; mais le signe de Romberg persiste avec un peu d'incoordination. Aux membres supérieurs, au contraire, le dynamomètre donne les mêmes résultats que précédemment. Le tremblement n'existe plus au repos mais apparaît au moindre effort et présente tous les caractères de celui de la sclérose en plaques.

L'hypéresthésie nerveuse a disparu.

A la fin d'avril, les forces sont presque complètement rétablies ; il n'existe plus de tremblement. La constipation elle-même a cédé. La guérison peut être considérée comme complète.

OBSERVATION 23.

(C. Alexander. Un cas de paralysie atrophique des jambes après la fièvre typhoïde).

(*Deuts. méd. Wochensch.*, 1886, n. 31).

Une fille de 15 ans est prise pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde grave, (dans le cours de la huitième semaine) de paraplégie des extrémités inférieures avec atrophie considérable des muscles. Extinction complète de l'excitabilité faradique et galvanique. Absence des réflexes tendineux. Réflexes cutanés, sensibilité de la peau et fonctionnement des sphincters normaux. Guérison complète au bout de six mois.

L'auteur considère ce cas comme un exemple de névrite

dégénérative. La terminaison heureuse ne permet pas d'adopter l'idée de poliomyélite sub-aiguë.

OBSERVATION 24.

(F. Raymond. Résumé des principaux travaux russes concernant la neurologie. (*Archives de neurologie*, 1889. p. 460).
Névrite multiple consécutive à la fièvre typhoïde.

Dans une observation de M. Roadoff, un petit malade à la suite d'une fièvre typhoïde présenta des douleurs le long des troncs nerveux avec hyperesthésie, paresthésie et anesthésie cutanées, de l'atrophie musculaire et une abolition complète de l'excitabilité électrique des muscles atrophiés. Le diagnostic de la névrite multiple est basé sur la disposition de l'anesthésie et de la paralysie.

OBSERVATION 25

(Due à l'obligeance de M. le Dr Louis Guinon).

Fièvre typhoïde chez une enfant antérieurement constipée; auto-intoxication résultant de cette constipation et de l'alimentation excessive par le poisson de mer. Hyperthermie précoce accès de fièvre d'allure pernicieuse. Colapsus au huitième jour.
Accidents méningitiques, Accidents bulbaires.
Traitement par les enveloppements thoraciques, par les injections sous cutanées de solution saline, par les lavages d'intestins et le gavage. Séro-diagnostic. Guérison.

Une enfant de deux ans et demi, très bien portante jusqu'à l'âge de deux ans mais souffrant depuis plusieurs mois d'une constipation tenace insuffisamment modifiée

par le massage à sous cette influence, de temps en temps des accès de fièvre ; elle a maigri et pâli, perdu l'appétit.

Conduite à la mer, elle éprouve d'abord une notable amélioration puis tout à coup est prise de fièvre surtout la nuit : au bout de quatre jours, l'enfant prend le lit, elle est très abattue, délire la nuit, son ventre se ballonne, mais elle reste constipée.

Les 5° et 6° jours la température dépasse 40°.

Je la vois au 7° jour (25 août 1896) dans un état de prostration profonde, la peau et la langue sèches ; le ventre est ballonné, présente quelques taches un peu pétéchiales ; la rate n'est pas grosse ; les poumons n'ont aucun signe de congestion, ni de bronchite ; la constipation persiste.

Le même jour, 25 août, l'enfant présente un accident qu'on ne saurait mieux comparer qu'aux accès pernicieux du paludisme ; brusquement la température monte à 40°, 9. L'enfant perd connaissance, cesse de remuer, le pouls bat 180, la face est extrêmement rouge. Deux enveloppements ne produisent aucune amélioration ; la gravité et la rapidité de cet accident, me fait penser à une intoxication suraiguë probablement due à l'intestin qu'on a obligé d'évacuer. Guidé par cette idée, je pratique au moyen d'une sonde poussée à 15 centimètres dans l'intestin un lavage à l'eau bouillie qui ramène des matières liquides en abondance de couleur jaune foncé et répandant une odeur de marée putréfiée.

Une demi heure après le lavage, la température tombe de quelques dixièmes et l'enfant reprend connaissance.

Bains froids à 25° et 22° de 5 minutes.

Le 26 août (18° jour). — L'état s'aggrave ; après les

bains, l'enfant reste agitée, crie, se refroidit facilement aux extrémités sans abaisser sa température centrale. Les bains sont remplacés par les enveloppements froids. Magnésie.

Les garde-robes sont rares ; provoquées seulement par les lavages et d'une odeur infecte, n'ayant ni l'aspect ni l'odeur de selles typhiques mais donnant l'impression d'une putréfaction intestinale ancienne. Pas ou peu d'urine. L'enfant ne veut rien boire.

Gavage avec du lait et de l'eau. Malgré une propreté méticuleuse, l'enfant répand une odeur gangréneuse.

Le 27 août (9^e jour). — Attaque subite de collapsus.

En quelques minutes l'enfant change d'aspect : sans mouvements, la respiration très superficielle, le pouls imperceptible, le nez exsangue et pincé, l'œil atone, les extrémités glacées ; la température centrale est malgré cela de 40°,8. Des frictions chaudes, un bain sinapisé à 38°, restent sans effet ; l'enfant sort du bain, froide, cyanosée, le ventre ballonné, avec l'aspect de l'agonie. Des injections sous-cutanées d'eau salée (80 à 100 c. c.), raniment le cœur et la circulation.

Le 28. — Sous l'influence des lavages froids et des enveloppements continus du thorax, la température tombe au-dessous de 40°. Diarrhée séreuse, inodore, très abondante. Ventre très ballonné. Les taches ont disparu. L'enfant est exsangue comme après une hémorrhagie abondante.

Menaces de collapsus, arrêtées par les injections d'eau salée. Aggravation progressive.

Le 29. — Coma interrompu de temps en temps par un léger cri. Langue sèche. Refroidissement des extrémités.

Pouls imperceptible. Suppression de l'urine (celle d'hier était très albumineuse) et des garde-robes.

Le 30. — Accidents méningitiques : raideur du cou puis de tout le corps, cris, immobilité absolue ; les enveloppements provoquant un refroidissement trop considérable, on les suspend. La diarrhée reparaît et aussi l'urine dans la matinée.

Dans la nuit, la respiration et la circulation semblent si superficielles que l'enfant paraît agoniser ; anurie.

Injections d'eau salée, massage, caféine. La circulation est tellement ralentie que l'eau salée non résorbée forme pendant quelques heures comme une anasarque généralisée à tous les téguments. Puis, peu à peu, la résorption se fait et dès lors la circulation se relève.

Le 31. — La contracture persiste ; cris (comme dans la méningite). Par moments, rougeur vive d'une joue. Respiration irrégulière, pouls régulier, pas de troubles pupillaires.

Le 1^{er} septembre. — La contracture diminue et l'intelligence se réveille, mais dans la nuit apparaissent des accidents singuliers qui se renouvellent les deux nuits suivantes ; on peut les caractériser d'accidents bulbaires et ils me semblent dus à l'anémie extrême. L'enfant, en effet, sous l'influence d'une toxi-infection profonde, a subi une hémolyse énorme et ne paraît plus vivre que grâce aux injections de sérum artificiel qu'on lui fait fréquemment. Ces accidents sont caractérisés par : 1^o une faiblesse et un ralentissement extrême de la respiration qui tombe à 18 la nuit au lieu de 50 dans la journée et prend par moments le type C'eyne-Stokes, 2^o une grande faiblesse

du pouls, sans irrégularité toutefois, enfin 3° par la perte de connaissance. Ces accidents cessent quand on donne à l'enfant, une position déclive, la tête plus basse que le corps.

Du 1^{er} au 3 septembre, la contracture disparaît. La température tombe entre 38° et 39°. L'enfant qui a maigri dans des proportions anormales a une syncope chaque fois qu'on relève la tête ; pas de garde-robes sans les lavages.

Le 2. — Entérite du gros intestin ; coliques vives, ballonnement latéral, selles glaireuses, très douloureuses, (compresses chaudes sur le ventre, élixir parégorique).

Congestion pulmonaire gauche pour la première fois ; submatité et respiration soufflante.

Eruption de taches roses, très pâles sur tout le tronc.

Le 3. — L'éruption tend à se généraliser. Congestion pulmonaire des bases.

Polyurie abondante.

A partir du 4 septembre, l'entérite se calme, l'enfant se nourrit de lait, qu'elle digère bien. La température oscille fortement de 38° ou 37°,5 le matin à 39°,5 ou 40° dans la nuit.

C'est seulement le 21^e jour que la température reste définitivement à 38° et au-dessous. Mais l'enfant reste faible, plombée, l'asthénie musculaire est telle que tout mouvement spontané autre que celui des bras est impossible. La rate est un peu grosse, le foie est très gonflé.

La fièvre ne cesse que le 30^e jour, et l'enfant garde pendant quelques jours une constipation tenace avec distension du gros intestin ; celui-ci forme à l'hypogastre une

véritabte tumeur qui ne cède qu'aux lavages et au massage.

M. Guinon ajoute les réflexions suivantes :

Voilà une forme bien rare et bien anormale de fièvre typhoïde.

Ce collapsus survenant au septième jour sort tout à fait des règles ordinaires. On ne saurait l'expliquer par une myocardite. Cette manifestation exige en effet une longue durée, une hyperthermie prolongée, une gravité qu'on ne voit pas ordinairement à cet âge.

J'ai observé des cas de myocardite typhoïdique, mais toujours à une période avancée de la maladie ; les accidents se développent progressivement et coïncident rarement avec une très haute hyperthermie ; dans le cas actuel, le collapsus survint brusquement au milieu d'un accès de fièvre violent et me parut l'effet d'une intoxication suraiguë.

De quelle nature était cette intoxication ?

Malgré les taches qui apparurent à deux reprises dans le cours de la maladie, l'évolution singulière des accidents successifs qui se substituèrent constamment à la symptomatologie normale me laissaient des doutes ; l'absence de gonflement de la rate, à la fin de la première semaine, les caractères des selles n'étaient pas favorables à ce diagnostic ; mais tout en l'admettant, je pensai que le poison typhique ne suffit pas à engendrer pareils accidents ; ceux-ci diminuaient toujours après l'évacuation de l'intestin par le lavage ; les selles avaient une odeur de putréfaction et l'haleine une odeur gangréneuse que j'explique

ainsi : alors que la fièvre avait déjà apparu, on avait continué à donner à l'enfant des huîtres et des coquillages, qui retenus par la constipation, fermentèrent et donnèrent lieu à un empoisonnement secondaire à côté de l'empoisonnement typhique.

J'essayai d'appuyer cette conviction par l'examen du sérum. On obtint une séro-réaction très nette avec le bacille d'Eberth. Le diagnostic de la fièvre typhoïde n'était donc pas douteux. La nature de la toxéinfection secondaire est restée indéterminée, mais son origine est bien certainement alimentaire et digestive.

La virulence de l'infection Eberthienne se manifesta de la façon suivante : un domestique quitte la maison habitée par cet enfant, atteint de la fièvre et fut l'origine, dans une autre région éloignée, qui tua quatre personnes sur sept atteintes.

OBSERVATION 26

D^r Louis Guinon. (*Revue mensuelle des mal. de l'Enfance*, juillet 1899).

Fièvre typhoïde grave. Délire violent. Hémorragie intestinale. Rétention d'urine par spasme urétral ; abcès de la fesse ; escharre fessière. Guérison.

Garçon boucher de 15 ans, entré au 12 juin d'une fièvre typhoïde qui a débuté par des vomissements, de la diarrhée et une épistaxis très abondante. Dès le début il a eu du délire.

As on entrée il a le facies typhique caractérisé et tous

les symptômes au complet. Toutes les nuits, il délire ; sa température oscille de 38°5, à 40°.

Le 23 juin, au matin, il a une selle sanglante abondante, il est pâle, presque inerte, il frissonne ; sa température rectale tombe à 36°,2 pendant deux heures, puis se relève sous l'influence de l'éther et de la caféïne.

La glace qu'on lui applique sur le ventre lui fait pousser des hurlements et il faut lui donner de fortes doses de chloral pour obtenir un peu de calme.

Le même jour rétention complète d'urine. On attribue cet accident à l'action de la glace.

Les sondes molles ne passent pas ; on arrive à introduire une sonde de gomme, n° 12 après un temps d'arrêt, au col vésical : on évacue ainsi 750 p. d'urine. Quelques heures après ce cathétérisme survient une pression violente ; la température remonte à 39° et en même temps le malade semble mieux.

Les jours suivants la rétention persiste mais le cathétérisme devient de plus en plus difficile. On arrive cependant péniblement à introduire une sonde béquille n° 12.

Le 20 juin. — Tout cathétérisme devient impossible ; on ponctionne la vessie avec l'aspirateur Potain, qui donne 600 gr. d'urine. L'enfant reste extrêmement agité, délirant, criant à toutes forces des grossièretés.

Les évacuations de la vessie produisent chaque fois un calme remarquable.

On renouvelle la ponction le 24^e jour.

Malgré ces interventions fâcheuses, la température est tombée depuis le 24^e jour à 38° et y reste.

Le 28^e jour même, elle tombe à 37°. Le malade serait déjà guéri sans cette complication.

Les bains chauds qui ont remplacé les bains froids depuis l'hémorrhagie calment le malade et le 28^e jour il urine par regorgement.

Cependant dans la nuit du 29^e au 30^e jour, le délire reparaît plus violent, délire érotique.

Les jours suivants comme le malade continue à uriner par regorgement, on n'intervient plus.

Le 38^e jour, le délire est plus calme ; la vessie se vide à peu près par regorgement ; la polyurie de convalescence est dans son plein (2 litres par jour). La température malgré de courtes ascensions qui n'atteignent pas 38° et qui paraissent liées à l'état de la vessie, revient de nouveau à la normale. Puis tout se calme, et la guérison se complète.

Cependant au 49^e jour, l'alimentation commencée avec prudence provoque une élévation à 39°,8.

Au 54^e jour, une selle contient une cuillerée à soupe de sang ; la température tombe le lendemain au-dessous de 37°.

Enfin apparaît comme dernier accident un abcès de la fesse. Au cours de la maladie, s'était formée, une petite escharre sacrée qui guérit facilement.

CHAPITRE IV

Autres complications de la fièvre typhoïde chez l'enfant.

Quoique les complications intestinales, cardiaques et nerveuses, soient les plus fréquentes chez les enfants au cours de la fièvre typhoïde ce ne sont pas les seules que l'on puisse rencontrer.

La stomatite ulcéreuse qui est une complication banale des injections aiguës chez l'enfant et qui est particulièrement fréquente dans les fièvres éruptives et dans la rougeole, peut exister aussi dans le dothiéntérie et M. le professeur Hutinel lui attribue une grande importance dans le développement des infections secondaires au cours de la fièvre typhoïde.

On observe le plus souvent des ulcérations à type aphteux qui sont dans la plupart des cas d'importance négligeable et d'ailleurs passagères. Cependant M. le Dr Guinon a observé des cas plus graves. Dans deux cas les ulcérations occupaient les lèvres, les joues et la langue et causaient de vives douleurs.

Les deux enfants (garçons de 9 ans et de 6 ans) se nourrissaient difficilement. Un nettoyage journalier

très soigneux et des pulvérisations continues en eurent raison.

On a signalé aussi la fréquence du coryza. Les cas d'otites suppurées ne sont malheureusement pas rares et avec elles soit la surdité passagère soit la surdité définitive.

Il n'y a pas que l'organe auditif qui soit le siège d'abcès et de collections purulentes on a noté des complications du côté des muscles, des abcès musculaires à distance (cette complication a fait d'ailleurs le sujet d'une des cliniques de M. le professeur Dieulafoy). On a noté des furoncles, des eschares (Obs. 17).

Il est aussi de notion commune qu'un enfant qui vient d'avoir la fièvre typhoïde peut présenter une croissance rapide et excessive.

Des vergétures cutanées au-dessus du genoux et dans d'autres régions du corps sont parfois la conséquence de l'allongement du squelette.

Nous en avons observé plusieurs cas dans le service de notre maître le Dr Moizard (Observ. 17). — La connaissance de ce symptôme a une certaine importance au point de vue médico-légal, car il ne faudrait pas prendre ces vergetures pour des lésions de coups et blessures.

M. le Dr Gallois a publié dans le n° du *Bulletin médical* du 15 déc. 1900 une observation de complication rare, croyons-nous de la fièvre typhoïde chez l'enfant.

Cette observation date du mois de mai 1900. Une fillette de trois ans et demi est prise brusquement de

fièvre. A l'examen de la gorge l'auteur constate une rhinopharyngite avec muco-pus épais assez abondant. On fait le diagnostic de grippe et on pratique la désinfection de la gorge au moyen de pulvérisation à l'eau phéniquée au centième.

La maladie, au lieu de s'améliorer va plutôt en s'aggravant, la température monte. Au cinquième ou sixième jour, on pense à la dothiéntérie on cherche des tâches rosées et on en trouve. La suite de l'histoire fut celle d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité et qui dura trois semaines.

On voit donc déjà qu'au point de vue du diagnostic, en présence d'une rhino-pharyngite, il ne faut pas penser uniquement à la grippe.

On doit se méfier aussi d'une scarlatine ou d'une rougeole. Mais il faut aussi penser à la possibilité d'une fièvre typhoïde. L'existence d'une rhino-pharyngite au début de la fièvre typhoïde n'est pas une notion classique. Si l'on consulte l'article consacré par le professeur agrégé Thoinot dans le « *Traité de médecine* » on voit mentionner diverses angines : diphthérique, pultacée, aphteuse, ulcéreuse, gangréneuse, le muguet. L'auteur note la coloration rouge du pharynx, mais la rhino-pharyngite muco-purulente n'est pas mentionnée.

Reste à savoir comment interpréter cette rhino-pharyngite existant parfois au début de la fièvre typhoïde.

On pourrait penser qu'il s'agit là de deux maladies différentes évoluant successivement chez le même sujet. Evidemment une semblable succession est possible, mais on peut se demander aussi si il ne s'agit pas là

d'une rhino-pharyngite typhique. Pour la petite malade en question, il n'y avait aucun cas de grippe dans la famille à ce moment et les taches rosées ont été visibles au cinquième ou sixième jour de la maladie. Par conséquent, la rhino-pharyngite avait été contemporaine au début de la fièvre typhoïde. Le début brusque n'est pas un argument en faveur de la grippe car MM. Widal Siredey et Sevestre ont signalé la possibilité d'un début brusque dans la fièvre typhoïde, et en particulier chez l'enfant. Il y a donc lieu de se demander s'il n'existe pas une sorte de pharyngotyphus, analogue au laryngo-typhus.

Il était intéressant de vérifier si le bacille d'Eberth se rencontrait dans l'exudat purulent du rhinopharynx. L'examen fut fait et on ne trouva pas de bacilles d'Eberth.

M. Vincent dans plusieurs cas de laryngo-typhus communiqués au Congrès de médecine de 1900, n'a pas non plus trouvé le bacille d'Eberth.

Il semblerait donc que la rhinopharyngite typhique se comporterait comme le laryngo typhus. Ce ne serait un accident produit par le bacille d'Eberth, ce serait, pas le résultat d'une infection secondaire produite par un microbe pyogène vulgaire.

Par contre, Schutlz, dans une communication à la société des médecins de Berlin (Berlin-Klin-Woch-1898), dit avoir trouvé des bacilles typhyques dans un cas de laryngo-typhus.

La suite de l'histoire de la petite malade de M. le Dr Gallois, est aussi intéressante. Trois semaines après

le début de sa maladie, au moment où elle entrait en convalescence, un de ses frères, âgé de six ans, commença une fièvre typhoïde qui fut particulièrement, grave. Le début en fut brusque. La gorge fut rouge mais ne présenta pas de sécrétions mucopurulentes. La température atteignit rapidement 40° 5 et se maintint en plateau matin et soir à ce même degré malgré la baignation à 30° et à 25°. Au bout de trois semaines, il se produisit une double otite suppurée, qui fut suivie d'abcès du cou et de plaques de sphacèle du pavillon de l'oreille gauche. La maladie dura deux mois.

Cette observation publiée par le Docteur Gallois est intéressante à plus d'un titre. Il est important d'attirer l'attention sur la rhino pharyngite typhique, il est utile de le connaître au point de vue du diagnostic ; il serait en outre utile, d'en déterminer d'une façon nette la pathogénie. Est-elle le résultat d'une infection surajoutée ? Est-elle un accident produit par ce bacille d'Eberth ? Et dans ce cas, serait-elle la porte d'entrée du bacille ?

Nous ne devons pas oublier non plus les complications du côté du larynx et de l'appareil pulmonaire. Les cas de larynxo-typhus ne sont pas exceptionnels. M. le Dr Guinon en a communiqué un cas à la Société de pédiatrie à la séance du 14 Avril 1900. Nous publions du reste cette observation qui s'est terminée par la mort de l'enfant (obs. 32).

M. Tollemer déclare à la société de pédiatrie (8 septembre 1900) avoir vu un enfant de trois ans qui

en pleine convalescence de fièvre typhoïde a été pris de pneumonie avec crachats rouillés. Dans ces crachats le pneumocoque était absent et les bacilles d'Eberth ont été constatés. M. le docteur Guinon a publié dernièrement une observation d'un pneumotyphus initial avec mort de la petite malade par congestion pulmonaire et septicémie au 15^e jour. Cette observation fait partie de celles que nous donnons (Observ. 33).

Nous n'aurons garde d'omettre les complications ostéoarticulaires de la fièvre typhoïde. Elles sont en général tardives. Elles surviennent au moment où le diagnostic est établi et elles sont facilement rapportées à leur véritable cause. Ces complications sont assez fréquentes chez les enfants. Elles frappent le squelette tantôt au niveau des os et tantôt au niveau des articulations.

Les ostéomyélites typhiques ont été signalées. Elles ont été rattachées au bacille d'Eberth par les travaux récents de MM. Chantemesse et Widal. Les arthrites typhiques ont été étudiées par MM. Roser, Albert Robin et Lannelongue. Elles peuvent se présenter sous deux formes 1^o le polyarthrite typhique subaiguë ou pseudorhumatisme typhique. Il peut arriver que les articulations ne soient pas tuméfiées et il n'y a alors qu'une arthralgie généralisée 2^o ou encore sous la forme de monoarthrite. (M. Marfan).

Les complications rénales de la fièvre typhoïde ne doivent pas être oubliées. Elles sont rares. M. Vincent en a rapporté deux cas à la Société de biologie dans ses séances de mars 1901. Ce sont deux cas de cys-

tites hémorragiques. Ces cas ont il est vrai été observés chez des adultes. Ils n'avaient aucun antécédent génito-urinaires et l'examen bactériologique a pu être fait. Dans les deux cas le Dr Vincent a obtenu par culture le bacille typhique en proportion très abondante. On sait d'ailleurs que le bacille typhique peut être parfois présent dans l'urine des malades atteints de dothiéntérie. Pour sa part, M. Vincent l'a trouvé neuf fois chez quarante-six malades chez lesquels il aensemencé l'urine.

D'autre part, l'urine n'est pas un milieu défavorable à la multiplication du bacille d'Eberth. La prolifération de ce microbe dans la vessie et la lésion qu'il peut déterminer à la surface de l'épithélium peuvent donc s'expliquer aisément. Ces deux cas ont été observés dans le déclin de la maladie et ont été bénins.

Nous nous demandons si ces mêmes complications ne se rencontrent pas chez l'enfant. Notre maître le Dr Guinon a publié dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, juillet 1899, une observation intéressante que nous rapportons (obs 27).

Il s'agit d'une fièvre typhoïde chez un garçon de 13 ans. Ce garçon a eu des émissions d'urine rouge noirâtre, manifestement hémorragique, très albumineuse abondantes. Cette hémorragie dura peu de jours mais elle laissa derrière elle une albuminurie très abondante. C'étaient là des signes d'une lésion rénale grave car dès le dixième ou onzième jour de la maladie on a constaté un bruit de galop d'une netteté indéniable. M. Guinon déclare. « Je voyais ainsi se réaliser la forme ré-

nale de la la fièvre typhoïde qui doit être très rare chez l'enfant car je ne connais pas de cas analogues ». Dans notre observation 28 nous relatons un autre cas de complication rénale typhique, communiquée à la Société médicale des hôpitaux par M. le Dr Galliard. Il s'agit d'un garçon de 10 ans et demi qui a présenté au cours de la fièvre typhoïde, des troubles du côté du rein, de l'hématurie et de l'albumine.

Les complications du côté de la peau ont été observées aussi au cours de la fièvre typhoïde chez les enfants. Il nous faut en parler. M. le professeur Hutinel et M. Martin de Gimard, ont relaté une série d'observations très curieuses ayant trait à ces complications. Ils ont observé pendant l'année 1889 à l'hôpital des Enfants Malades un grand nombre d'enfants atteints de fièvre typhoïde, du 6 juin au 1^{er} décembre ils en ont vu exactement 38. La maladie assez grave dans la plupart des cas, s'est compliquée de divers accidents, hémorrhagie intestinales, broncho-pneumonies, etc., mais ce qu'il y a eu de plus curieux c'est un érythème spécial qui s'est montré soit au cours de la dothièmentérie, soit pendant la convalescence et qui plusieurs fois a causé la mort. Cet érythème a été observé 12 fois. Il a sévi d'une façon véritablement épidémique et seuls les typhiques en ont été atteints. Les premiers cas, influençaient peu la marche de la fièvre typhoïde, mais bientôt on vit survenir des accidents graves de prostrations, de collapsus et de cyanose et plusieurs malades furent emportés en quelques heures. Cinq cas sur douze furent suivis de mort. Chez plusieurs enfants l'érythème

me survint pendant la période d'état, chez d'autres il se montre au moment de la convalescence. Enfin dans d'autres cas il apparaît plus ou moins longtemps après le début de la convalescence. Les plus gravement atteints furent ceux frappés au cours même de la maladie, mais les érythèmes de la convalescence ne furent pas tous bénins.

Par quels symptômes se manifeste cette complication ?

L'éruption cutanée est le signe le plus frappant, dans tous les cas elle s'est présentée avec des caractères presque identiques, elle s'est montrée dans les mêmes régions et elle a disparu de la même façon.

Voici la description qu'en a donné M. le Professeur Hutinel.

Cette éruption est constituée par des macules irrégulièrement arrondies ou ovalaires d'un rouge vif peu saillantes dans la plupart des cas, présentant parfois un léger relief. Ces taches qui s'effacent très facilement sous le doigt ont des contours nettement tracés ; dans leur intervalle la peau conserve son aspect anormal et par contraste elle semble plus pâle. En certains points, ces macules confluentes se confondent entre elles et forment des placards érythémateux lisses, un peu saillants. Autour de ces plaques sont disséminées des taches plus petites. L'aspect de cette éruption rappelle assez les caractères de l'exanthème morbillieux mais le siège en est très différent. Ce n'est en effet ni la face, ni même le tronc qui sont envahis tout d'abord ; ce sont, chez tous les malades, les mains, les

avant-bras et les coudes d'une part : les genoux, les jambes et les fesses d'autre part. Sur les membres supérieurs ces macules occupent de préférence les mains et les poignets puis les coudes. Les deux membres supérieurs sont toujours atteints d'une façon à peu près symétrique. Cette symétrie se retrouve aux membres inférieurs surtout sur les deux genoux et au niveau des articulations tibio-tarsiennes. Sur les deux fesses, sur la région sacrée, à la face postérieure des cuisses, les taches sont toujours aussi nombreuses que sur les mains et les genoux.

La face n'est envahie que dans certains cas et particulièrement dans les cas graves. L'éruption siège alors sur les paupières, occupe le pourtour des yeux et imprime au faciès un caractère spécial. Elle manque fréquemment sur les joues.

Parfois l'éruption est plus étendue, elle couvre la face, le dos, le thorax, l'abdomen, les membres dans toute leur étendue. Une fois on a noté des taches et des ecchymoses purpuriques répandues sur les membres inférieurs, particulièrement au devant des tibias.

Au niveau des plaques érythémateuses, les enfants quand ils ne sont pas trop abattus, accusent une sensation de chaleur ou une légère démangeaison ; mais chez aucun le prurit n'a été très marqué.

L'éruption dure en moyenne quatre à cinq jours, puis elle s'éteint peu à peu ; elle est habituellement suivie de desquamation.

Dans presque tous les cas l'érythème est accompagné

d'une poussée fébrile. Mais si la fièvre n'est pas excessive, il est d'autres symptômes qui prouvent qu'il s'agit bien d'un processus infectieux. Tous les enfants présentent un état de faiblesse, et de prostration, une pâleur et des amaigrissement extrêmes. Dans les formes graves, les urines diminuent ; la respiration est souvent anxieuse, il y a des vomissements et de la diarrhée.

Nous reproduisons quelques unes des observations de MM. Hutinel et Martin de Gimard qui aideront à mieux faire connaître cette complication.

Dans l'observation 29, c'est à la fin d'une rechute de fièvre typhoïde que s'est manifesté l'érythème ; de plus après une première éruption, il s'en est produit une seconde, et au cours de cette seconde poussée on a noté des taches, des echymoses et des hémorragies. Cette coïncidence du purpura avec les érythèmes infectieux est un fait connu. Dans ce cas, le jeune garçon n'en a pas moins guéri.

Il n'en est pas toujours ainsi et dans l'observation 30 l'érythème s'est montré particulièrement grave et a entraîné la mort de l'enfant en quelques heures. La plupart de ces érythèmes graves ont été observés au cours même de la fièvre typhoïde : tous dans le troisième septenaire sauf un qui a paru à la fin de la dernière semaine. Les cas, bénins au contraire, se sont produits à la période terminale ou dans la convalescence. Cependant l'observation 31 relate le cas d'un enfant atteint pendant la convalescence qui a présenté trois poussées successives, d'érythèmes et dont la troisième a été fatale.

Dans une observation n° 27 due à M. le Dr Guinon, il a été observé aussi chez un garçon de 13 ans des érythèmes variés purpuriques, et morbiliforme au cours de la fièvre typhoïde et malgré ces accidents le petit malade a guéri.

Le pronostic de ces érythèmes doit être basé non sur l'époque où ils apparaissent mais sur l'existence ou l'absence des symptômes généraux. Nous avons vu que l'on rencontre fréquemment des cas mortels.

Parmi les complications les plus fréquentes de la convalescence de la fièvre typhoïde, il faut citer la rechute.

« La convalescence commencée il semble parfois, dit M. le professeur Hutinel que le travail de réparation ait été prématuré et que le poison typhique n'ait pas épuisé toute sa vigueur. La maladie comme un incendie mal éteint, après quelques jours d'apyrexie se rallume et recommence. On assiste alors à une rechute ; ainsi comprise la rechute n'est en quelque sorte que le plus curieux des accidents qui viennent arrêter la marche de la convalescence. Elle est la reproduction après l'établissement apparent de la convalescence de la totalité ou d'une partie des symptômes qui ont caractérisé la première attaque dont la rechute n'est qu'un reflet souvent atténué ».

Les rechutes sont maintenant bien connues et depuis quelques années surtout elles ont été bien étudiées, aussi nous n'insisterons pas beaucoup et nous n'entrerons pas dans tous les détails.

C'est Taupin qui, en 1839 a donné le premier des

observations de rechutes dans la fièvre typhoïde. Puis Stewart en 1838 et 1839 signalent trois cas dont un a été suivi de mort. En Allemagne Griesinger en signale l'existence ; peu après Thierfelder en publie sept observations.

Wunderlich, en 1872, M. Jaccoud, M. Bourneville en 1873, M. Cornil en 1863 et 1872, M. Potain en 1873 en signalent d'autres cas. Un peu plus tard paraît la thèse de Guyard 1876 qui définit nettement ce que l'on doit entendre par rechute :

« Dès les premiers (cas de recrudescence), la température se relève avant d'être arrivée à la normale : dans la rechute au contraire elle ne se relève qu'après être restée normale plusieurs jours ».

A partir de cette époque, la rechute de la fièvre commence à être mieux connue et tant en France qu'à l'étranger paraissent un grand nombre de mémoires et d'articles de journaux sur cette question.

En 1883, M. le docteur Hutinel dans sa thèse d'agrégation, reprend la question et résume les idées émises avant lui. Pour lui la rechute ne peut être constatée que par le thermomètre et c'est une reprise de la maladie après une apyrexie de plusieurs jours. Elle se produit aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte et chez la femme que chez l'homme. Les rechutes peuvent être simples ou multiples. Et parmi les complications de ces rechutes qui peuvent être les mêmes que celles de la première attaque de fièvre typhoïde, M. Hutinel cite l'œdème de la glotte, des perforations, des hémorragies, des périostites, de l'anasarque et de

l'albumine, des abcès, des gangrènes, des orchites, des thromboses, des méningites cérébrospinales suppurées, et la mort elle-même.

Après de nouveaux travaux publiés encore sur cette question nous arrivons à la thèse de Radoin Ziwer en (1892) qui étudie la fièvre typhoïde chez les enfants et qui après avoir cité une statistique de 5614 cas avec 370 rechutes et avoir rapporté dix observations sur 25 qu'il a eu occasion d'observer, conclut ainsi : 1° Les rechutes sont un peu plus fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte (6,5 pour 100 chez l'enfant 4.5 p. 100 chez l'adulte) 2° Rien dans la maladie ne permet de prédire sûrement la rechute. 3° Les rechutes se produisent généralement dans les formes légères, mais l'inverse peut avoir lieu. 4° La première invasion et la rechute peuvent avoir des intensités égales ou différentes, mais cette dernière est en général plus légère. 5° Plus que chez l'adulte encore, les symptômes de rechutes sont rarement au complet chez l'enfant. Souvent la fièvre est presque le seul signe de la rechute. 6° Le pronostic des rechutes est plus bénin chez l'enfant que chez l'adulte ; les cas fatals sont des exceptions.

Nous avons dit déjà que les rechutes que les rechutes pouvaient être multiples. Les rechutes doubles sont assez fréquentes (obs. 34, 35). Les triples sont plus rares (Bucquoy, Irwine, Buckel, Schultz, Jaccoud). Elles peuvent être quadruples (Hallopeau), quintuples (Jaccoud) et même sextuples (notre obs. 36 reproduit un de ces cas observé par le Dr Comby).

Voici d'ailleurs ce qu'en dit M. le professeur Chantemesse « dans le *Traité de médecine* ».

« Le nombre des rechutes est variable suivant les épidémies : Dans ma statistique sur 196 cas, j'ai observé 14 rechutes, soit un peu plus de 7 pour 100. Ces rechutes étaient survenues après un temps d'apyrexie parfois très court, 24 heures, et parfois très long, 38 jours. Envisagées au point de vue de leur apparition après la chute de la fièvre elles se répartissent ainsi : 4 cas de rechutes après 1 jour d'apyrexie ; 2 cas après 4 jours, 1 cas après 5 jours ; 1 cas après 6 jours ; 1 cas après 8 jours ; 2 cas après 10 jours ; 1 cas après 20 jours ; 1 cas après 30 jours.

« La durée de ces rechutes a été variable : dans un cas la rechute a duré 4 jours ; dans d'autres cas 5, 7, 8 jours ; dans 2 cas, 9 et 11 jours, dans 2 cas 12 jours, dans 2 cas 13 jours, dans 2 cas 15 jours, dans 1 cas enfin la rechute a duré 16 jours.

« L'immunité de l'homme contre ce bacille typhique ne s'acquiert que lentement aussi peut-on observer des rechutes multiples. J'ai moi-même, dit le professeur Chantemesse, cité l'observation d'un malade dont la fièvre par des rechutes subintrantes a duré 5 mois.

« Les causes des rechutes sont multiples et encore mal connues. Quand une fièvre typhoïde est en train de guérir cela ne veut point dire que le malade ait acquis désormais dans toute sa substance une immunité qui le rende réfractaire au développement du bacille typhique. Il y a dans les maladies infectieuses des vaccinations locales. Que si, pour une raison quelconque, les

germes d'un ou de plusieurs des foyers microbiens pénètrent dans la grande circulation, suivant la période où s'effectuera l'invasion nouvelle, il y aura recrudescence ou rechute. On comprend que parmi les foyers qui peuvent le plus facilement verser une grande quantité de germes dans le sang il faut compter ceux des parois intestinales ou des organes annexes. On s'explique de la sorte l'influence des écarts de régime pour provoquer un certain nombre de rechutes. L'observation clinique cependant a montré que celles-ci ne pouvaient toutes être rapportées à un trouble de la digestion. A un moment donné, sous l'influence de causes multiples et complexes (on observe des épidémies où les rechutes sont fréquentes), les bacilles reparaissent une ou plusieurs fois dans la circulation générale. Les causes cependant qui agissent avec le plus de puissance pour ouvrir la porte aux rechutes sont celles qui favorisent d'une manière quelconque l'intoxication du malade parcequ'elles font cesser la résistance phagocytaire qui s'était déjà organisée ».

Nous voyons donc après tout ce que nous venons de dire, que les rechutes de la fièvre typhoïde s'observent aussi chez les enfants, et peut-être même plus souvent.

Tous les pédiâtres sont d'accord sur ce point et notre maître le Dr Guinon nous a souvent dit avoir observé un très grand nombre de cas de rechutes. (Notre observation 37 a été recueillie dans son service de l'hôpital Trousseau).

Les discussions qui ont eu lieu dernièrement à la so-

ciété de Pédiatrie ne laissent aucun doute sur cette affirmation. Dans la séance du 11 avril 1899, le Dr Comby prétendait que les cas de rechutes de la fièvre typhoïde chez les enfants étaient loin d'être aussi rares qu'on ne l'avait supposé et il donnait une statistique tirée de sa pratique hospitalière de l'hôpital Trousseau et de l'hôpital des Enfants malades. Sur 168 observations M. Comby n'a pas observé moins de 42 rechutes ce qui donne une proportion du quart.

M. Variot à la séance de la société de Pédiatrie du 14 novembre 1899, a relevé dans le cours d'une épidémie de fièvre typhoïde un assez grand nombre de rechutes : 3 cas, de janvier à fin juin sur 33 et 17 cas de juillet à fin octobre sur 82 enfants, soit 20 rechutes sur 115 malades c'est-à-dire une proportion approchant d'un cinquième. M. Variot ajoute : « C'est donc justement qu'Hénoch critique à ce sujet l'opinion de Rilliet et Bartthez qui considéraient la rechute comme une rareté au cours de la fièvre typhoïde des enfants. Ils disent n'en avoir vu que trois cas sur 111 malades ; Hénoch a observé des rechutes 22 fois sur 152 cas ». M. Barbier, à la séance du 12 décembre 1899 a vu des rechutes se produire chez onze enfants c'est-à-dire presque dans un quart des cas. Elles étaient uniques dans dix cas ; dans le onzième deux rechutes se sont produites avec trois jours d'apyrexie dans l'intervalle. Elles ont débuté la plupart vers le 30^e jour de la maladie, sauf deux qui ont eu lieu après un jour d'apyrexie ou avant même la terminaison du déclin ; leur durée était en moyenne de 8 à 15 jours ; deux

fois seulement la rechute à duré 20 jours et davantage et ces deux malades sont morts l'un complètement convalescent par dysentérie accidentelle, l'autre dans le cours de sa rechute par myocardite.

Nous terminerons donc ce chapitre en disant que en plus des complications intestinales, nerveuses cardiaques qui peuvent se rencontrer dans la fièvre typhoïde chez les enfants on peut encore trouver, outre les rechutes relativement fréquentes, tout un autre ordre de complications: Complications pulmonaires; des pneumonies, des pleurésies, le laryngo-typhus; des complications ortho-articulaires; des otites, des abcès, des complications rénales, des complications du côté de la peau.

En présence de ces complications d'ordre varié et de gravité variable qui atteignent l'enfant au cours de la fièvre typhoïde, il est tout naturel de considérer cette affection comme une maladie grave plus grave qu'on ne la considère d'habitude et comportant dans bien des cas un pronostic défavorable.

OBSERVATION 27.

Dr Louis Guinon. « *Revue mensuelle des maladies de l'Enfance.*
Juillet 1899 ».

Fièvre typhoïde contractée à l'hôpital. Purpura simple récidivant.
Albuminurie par néphrite. Erythème morbilliforme.

Un garçon de treize ans, fils d'une mère vigoureuse et d'un père tuberculeux a eu déjà deux atteintes du purpura simple, sans accidents et qui ont guéri facilement.

Au mois d'août, au cours d'une troisième poussée qui occupe le bras et les avant-bras mais qui cède rapidement cet enfant contracte la fièvre typhoïde à l'hôpital.

Pendant les derniers jours de l'incubation le purpura qui avait disparu, reparait plus étendu et plus vif, il atteint la racine des membres et la verge, jusqu'alors respectés.

Toutefois cette rechute comme les précédentes est tout à fait apyrétique, à part un accès fébrile de 39°5, que j'attribue à une intoxication digestive.

Le 4 septembre. La veille de la première ascension thermique on trouve l'urine albumineuse, sans changement d'aspect. Le lendemain, 5 septembre la température monte légèrement (37°6 au lieu de 37°1 température ordinaire du matin), puis elle monte de quelques dixièmes tous les soirs.

Le 7 et le 9. — Je constate de nouvelles taches purpuriques sur les membres. Le 9, la température atteint pour la première fois 39° le soir le 10. 39°8. Ce même jour l'urine a diminué (250 gr. en 24 heures).

Elle est rouge noirâtre, manifestement hémorragique, très albumineuse.

Le 12. — L'hématurie continue, l'urine est rouge et l'enfant est très affaibli, abattu, le pouls vif les pommettes rouges ; tout le reste du corps extrêmement pâle. Les selles deviennent plus abondantes (3 par jour) et diarrhéiques, je donne quatre bains à 36° et 0,40 de quinine.

Le lendemain 13. — L'enfant vomit tout le lait qu'on lui donne, il tousse et la diarrhée continue.

Langue blanché au centre, rouge sur les bords et à la pointe ; ventre douloureux et ballonné.

La rate déborde les fausses côtes. T. R. 39°,6 et 40°,3.

J'admets un purpura infectieux aggravé spontanément ou par une infection surajoutée.

Il n'en était rien, comme va le montrer la suite. En effet, trois jours après, le 15, la fièvre restant aux environs de 40°, des taches rosées apparaissent sur l'abdomen et dès ce jour s'impose le diagnostic de fièvre typhoïde compliquant un purpura, ce que confirme plus tard la séro-réaction positive.

Mais la symptomatologie se complète. Au 15^e jour (20 septembre) l'état général est des plus graves, la faiblesse est grande, l'insomnie, la céphalée, très vive et une légère photophobie me fait craindre des accidents méningitiques. Les urines contiennent une quantité notable d'albumine 0,75 bien que le sang n'y soit plus apparent, et le cœur présente un bruit de galop.

Le 21. — Les taches rosées se multiplient.

Le 24 (19^e jour). — Elles envahissent tout le tégument au point de former un véritable exanthème ; elles sont légèrement pétéchiiales.

Le purpura primitif a disparu. L'urine est toujours rare

250 grammes. L'albumine cependant est tombée à 0,50 puis à 0,25 par litre.

Pendant cette période, la température oscille entre 39° et 40°5.

Le 27 (24^e jour) apparaît un érythème morbilliforme, légèrement papuleux généralisé, mais prédominant au dos, aux membres et au cou.

En même temps, l'enfant tousse et est oppressé ; la congestion pulmonaire qui jusqu'alors avait été modérée, prend une grande intensité, surtout à droite ; point de côté violent, depuis que les hémorrhagies cutanées et viscérales ont disparu, j'ai remplacé le bain chaud à 36° par le bain froid à 25°. Pour combattre la congestion, je prescris les enveloppements froids permanents du thorax qui donnent rapidement une amélioration.

Les 28 et 29. — L'éruption morbillieuse se complète, et simule absolument la rougeole, mais je n'admets pas une minute l'existence de cette fièvre éruptive.

Du 27 au 30. — Les oscillations thermiques prennent plus d'amplitude, puis brusquement, dans la nuit du 30 novembre (25^e jour) la température tombe brusquement à 37° et la convalescence commence.

Elle se fit régulièrement, sans accidents, une desquamation furfuracée abondante suivit.

La crise urinaire se fit lentement et quinze jours après la défervescence, il n'y avait pas d'albumine.

En résumé purpura bénin, survenant pour la quatrième fois, fièvre typhoïde compliquée d'hématurie, d'albuminurie et d'exanthèmes variés, purpurique, roséolique, mobilliformes.

OBSERVATION 28

Fièvre typhoïde hématurique. Rechute. Guérison.

par M. le Dr Bagot (de Roscoff).

Note présentée par M. le Dr Galliard à la Société médicale
des hôpitaux. Séance du 10 février 1899.

Louis B., âgé de 10 ans et demi, né à la Guadeloupe, habitant Saint-Pol de Léon depuis l'âge de 4 mois et demi, n'a pas eu d'autre maladie qu'une rougeole, compliquée de broncho-pneumonie à 7 ans.

A la fin du mois de juin 1898 ayant beaucoup travaillé à l'école, il se plaint de maux de tête fréquents et de lassitude ; il perd l'appétit, il est constipé ; on remarque qu'il est agité pendant le sommeil. Du reste il continue à fréquenter l'Ecole et prend tous les jours, avec plaisir, un bain de mer.

Vers le 28 juin, l'enfant urine fréquemment et remarque la teinte brun foncé de l'urine émise, surtout le matin, l'urine s'éclaircit après les bains de mer. Le 3 juillet, l'enfant se plaint d'élançements à l'extrémité du gland, et de douleurs vers la fin de la miction. En interrogeant la suivante on apprend qu'elle a été surprise de trouver dans le vase de l'enfant un mélange qui semblait fait de peinture brune et d'urine.

Examinée au microscope, l'urine contient de nombreux globules rouges, pas de cylindres, pas de cristaux d'acide urique. La réaction est légèrement alcaline, l'urée un peu diminuée. En 24 heures : un litre environ.

L'enfant est soumis immédiatement au régime lacté inté-

gral. Les 4, 5 et 6 juillet, il a de fréquentes mictions, avec un peu de ténésme; l'hématurie persiste. Pouls dépressible : 100 à 104. La température rectale ne dépasse pas 37°5.

Le 7 juillet. — La température rectale s'élève à 38°2, le soir. A ce moment, le malade accuse une violente douleur au niveau de la région lombaire droite, et la palpation permet de localiser la souffrance dans le rein droit. Ténésme vésical, mictions fréquentes, hématurie, urine toujours alcaline. Pas de manifestations urémiques.

Traitement : régime lacté ; érgotine ; tanin, bains tièdes.

Le 9 et le 10 juillet. — La température vespérale atteint 40° le 11 ; 40°5. Puis il y a détente, les douleurs devenant plus sourdes, l'urine contenant moins de sang.

L'accalmie ne dure d'ailleurs que 24 heures ; lorsque les douleurs vives reparaissent, on les localise à gauche ; le rein gauche semble remarquablement sensible à la pression.

Les bains à 30° calment les souffrances ; l'enfant les demande avec insistance.

L'enfant conserve toute son intelligence, il accuse peu de céphalalgie : il a un sommeil assez calme. Pouls 120 le soir. Pendant la nuit on note trois ou quatre émissions d'urine seulement, un litre environ en 24 heures. Pas d'œdème de la face, ni des extrémités. Du côté de l'abdomen, un peu de météorisme, un peu de tension, constipation nécessitant des lavements. Je remarque que la fosse iliaque droite est sensible, mais les douleurs qu'on y provoque n'ont pas d'analogie avec celles de la région lom-

baire. Je ne constate pas de taches rosées, peut-être les aurais-je trouvées si je les avais recherchées avec plus de conviction.

Le 16 juillet. — La température vespérale qui n'avait pas dépassé 39°7 les jours précédents, s'élève à 40°. Ce jour-là disparition de la teinte brunâtre de l'urine. Le microscope ne montre plus que de rares globules rouges ; encore beaucoup d'albumine.

Le 19 juillet. — 40° le soir ; puis la température s'abaisse progressivement, apyrexie le 26 juillet. L'urine ne contient plus qu'une faible quantité d'albumine. L'enfant est gai, il demande à se lever et même à manger. Régime lacté exclusif.

Jusqu'au 3 août. — Pas de malaise. Ce soir là 38°5.

Le 4 août. — Hématuries avec douleurs vives aux lombes, à gauche aussi bien qu'à droite ; tension douloureuse de l'abdomen comme pendant la première phase fébrile.

Le 5 août. — 40°2 le soir.

Le 6 août. — Je montre l'enfant à M. le Dr Gailliard de Paris qui considérant le météorisme, la tension abdominale, la sécheresse caractéristique de la bouche et de la langue, la présence de taches rosées ; l'existence de râles fins aux bases des poumons, le retour des accès de fièvre après dix jours d'apyrexie, n'hésite pas à poser le diagnostic de rechute de fièvre typhoïde hématurique.

Pas de tuméfaction de la rate ; stupeur peu accentuée ; selles ocreuses fétides, pas très liquides. Il est malheureusement impossible de pratiquer les examens bactériologiques usités dans la dothientérie.

On continua le traitement, bains tièdes, lavements, pur-

gatifs ergotine et tannin ; lait ; eau de Contréxeville ; ventouses aux dos et aux lombes.

Les 7 et 8 août. — 40°4 le soir, le 9° 40°2 : le 10, 39°7.

Le Dr E. Desnos, de Paris à qui je montre le malade hésite entre le diagnostic de fièvre typhoïde et de tuberculose rénale. (Il se ralliera plus tard à mon diagnostic).

Je note 39° pour la dernière fois le 16 août. Ce jour là l'urine qui jusqu'ici, n'a pas cessé de contenir du sang, redevient jaune claire. Elle est encore fortement abbumineuse ; j'y trouve des lambeaux minces et allongés, parfois assez larges, qui témoignent de la desquamation de la vessie. Encore du tenesme vésical, de fréquents envies d'uriner.

Tous ces phénomènes s'atténuent progressivement, tandis que la température s'abaisse. Le 20 août 37°4, et 37°6.

Le 25 l'enfant entre franchement en convalescence.

Les forces reviennent, l'albuminurie diminue, bien que l'enfant, dégoûté du lait, ait eu autorisation de prendre du bouillon, des œufs et des légumes.

A la fin de septembre, l'albuminurie a disparu. Le 8 octobre, l'enfant retourne au collège. Le 31 octobre, il contracte une angine pultacée, frisson violent.

Pouls : 140. Température rectale 40°. Six heures après le frisson l'urine contient du sang ; on y trouve de nombreux globules rouges, puis durant dix jours on note une albuminurie progressivement décroissante.

Depuis le 15 novembre, l'état de l'enfant paraît excellent.

A l'époque où ce petit malade a été soigné : il y avait à St-Pol de Léon, une épidémie de fièvre typhoïde.

OBSERVATION 29

(M. le D^r Hutinel et M. Martin de Gimard, 1890).
Erythème infectieux au cours de la fièvre typhoïde.

M... Paul, âgé de 7 ans, était entré le 19 août salle Bouchut, n° 7, à la fin d'une dothiéntérie de moyenne intensité. La convalescence commençait, lorsque le 31 août, la température remonta. Les symptômes morbides apparurent avec de nouvelles taches rosées lenticulaires et nous assistâmes à une rechute, peu grave d'ailleurs.

Le 12 septembre. — Le thermomètre qui était descendu la veille au soir à 37°,5, remonta à 38°,5. En même temps apparut sur les fesses, sur le dos des mains, sur les coudes, sur les jambes, un érythème morbilliforme. On se demande le 1^{er} jour, s'il ne s'agissait pas d'une véritable rougeole; mais l'absence de catarrhe oculo-nasal, de toux, etc., éloigna bien vite cette idée. L'éruption ne dura que quatre jours. Elles s'effaça peu à peu et fut suivie d'une légère desquamation.

Le 4 octobre. — L'enfant dont la convalescence marchait avec une lenteur singulière et qui était resté pâle et cachectique, présenta une nouvelle éruption siégeant exclusivement sur les membres.

Les avant-bras, les coudes, la face dorsale des mains et les doigts, les genoux, la face antérieure et interne des jambes, les cous de pieds étaient semés de taches rosées un peu saillantes et donnant au doigt une sensation de rudesse particulière.

Ces papules qui n'étaient surmontées d'aucune vésicule,

avaient la dimension d'une grosse tête d'épingle; Confluents en certains points, elles laissaient ailleurs dans leur intervalle, de larges espaces de peau saine.

Pas de démangeaisons pas même de fièvre; la température était restée aux environs de 37°.

Le 6 octobre il existait sur la fesse droite une échy-mose de la dimension d'un sou. Une légère hémorrhagie intestinale (environ deux cuillerées à bouche) s'était produite. Le lendemain, on trouvait au-devant des tibias, un peu au-dessus des genoux, des ecchymoses violacées et de nombreuses taches purpuriques punctiformes.

Le 12 octobre, l'éruption érythémateuse ne se voyait plus sur les membres inférieurs; elle persistait sur les mains et les avant bras, mais sa coloration était moins vive et la saillie des papules moins accentuée, une nouvelle ecchymose existait sur la cuisse droite, avec de nombreuses trainées purpuriques dues au grattage.

Pas de taches sur les muqueuses.

Le 14 et le 15 octobre, la température s'éleva à 38°, puis elle revint à la normale. Les accidents ne tardèrent pas alors à disparaître, l'enfant soumis aux inhalations d'oxygène peut être envoyé en convalescence, le 4 novembre dans un état assez satisfaisant.

OBSERVATION 30.

(M. le Dr Hutinel et M. Martin de Gimard, 1890).

Erythème infectieux au cours de la fièvre typhoïde. Mort.

Madeleine J..., âgée de 10 ans et demi entre à la Clinique, salle Parrot, n° 20, le 20 octobre pour une fièvre ty-

phoïde assez grave. C'est une enfant chétive, dont la mère est morte tuberculeuse. Elle ne présente d'ailleurs aucun signe de phtisie. Abattement profond, langue sèche et rôtie, ventre ballonné, rate grosse, taches lenticulaires rosées, diarrhée légère, congestion des deux bases pulmonaires, pas d'albumine, mais température élevée, (40°5), pouls fréquent, 124 pulsations, tels sont les principaux symptômes. La maladie date de 8 jours. La température reste au-dessus de 39° les jours suivant, et l'adynamie persiste. Le 31 octobre la courbe thermique oscille autour de 38° ; l'enfant est faible, mais son aspect est sensiblement meilleur.

Le 2 novembre. — On remarque la présence de quelques aphtes sur la lèvre inférieure. Le 6, la diarrhée est plus abondante ; l'abattement plus grand.

Le 7. — La face a pris un aspect particulier ; les yeux sont brillants profondément excavés et cerclés de rouge, le nez est effilé, le facies exprime l'angoisse, à chaque instant l'enfant vomit des matières bilieuses, les selles sont fréquentes et d'un gris verdâtre. Ces aphtes sont nombreux sur la langue et les lèvres. Sur les mains, les coudes, les genoux, les fesses et la face, on voit apparaître un érythème dont les taches confluentes par places, s'effacent sous la pression du doigt. L'éruption est papuleuse sur les jambes. La malade qui depuis plus de huit jours n'avait pris aucun médicament, succombe le 8 novembre à une heure du matin, quelques heures par conséquent après l'apparition de l'érythème.

L'autopsie ne révèle l'existence d'aucune lésion particulière. Dans l'intestin grêle on trouve des ulcérations,

des plaques de Peyer en voie de guérison ; les ganglions mésentériques sont volumineux, la rate est grosse et un peu molle ; les deux poumons présentent à leurs bases une congestion passive assez marquée ; les reins se décortiquent facilement et ne semblent pas malades ; le foie est congestionné et a un aspect marbré ; les veines encéphaliques sont gorgées de sang ; le cœur est normal mais ses cavités ne contiennent qu'un sang noirâtre et poisseux.

OBSERVATION 31

(M. le Dr Hutinel et M. Martin de Gimard 1890).

Erythème infectieux au cours de la fièvre typhoïde. Mort.

Henri R..., âgé de 10 ans entre le 21 août 1889, salle Bouchut n° 5, avec tous les signes d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité ; douleur dans la fosse iliaque droite, constipation d'abord, puis diarrhée, ballonnement du ventre, rate volumineuse, langue rouge à la pointe, et sur les bords, abattement notable, température élevée, taches rosées lenticulaires, etc.

Le 31 août. — La température qui était tombée la veille à 37°,6 ; le soir remonte à 38°,9 ; alors on voit apparaître sur les mains, à la face antérieure des jambes et sur les fesses une éruption rubéoliforme. Les jours suivants, la fièvre diminue graduellement et l'éruption s'éteint.

Le 13 septembre. — La température est normale et l'on peut croire à la convalescence, quand survient de nouveau un érythème siégeant sur la face dorsale des mains et sur

les jambes. Le thermomètre remonte jusqu'à 39°, pour baisser ensuite.

Cette éruption s'est à peine effacée, que le 19 septembre on voit une nouvelle poussée érythémateuse se produire mais cette fois plus généralisée et plus grave. De larges plaques rouges couvrent les fesses et la poitrine ; sur les autres parties du tronc et sur les membres, d'innombrables macules rappellent l'éruption de la rougeole. Alors des vomissements surviennent et ces vomissements, alimentaires d'abord, puis bilieux ou muqueux, se répètent avec une fréquence extrême. Les yeux s'entourent d'un cercle rouge, la face prend l'aspect caractéristique d'érythèmes graves, le malade a du délire, de l'agitation ; puis il tombe dans le coma et meurt. La température était descendue au-dessous de la normale ; elle remonte dans les heures qui précèdent la mort ; le pouls très affaibli, avait suivi une marche parallèle.

Autopsie. — Estomac dilaté, à parois minces, muqueuse injectée en plusieurs points. La muqueuse intestinale est rouge, épaissie et ramollie ; les plaques de Peyer sont tuméfiées et font une saillie très appréciable ; pas d'ulcération. Les ganglions mésentériques sont légèrement hypertrophiés. Rate grosse. Congestion du foie et des reins. Cœur flasque, rempli de sang noir.

OBSERVATION 32

(MM. Louis Guinon et Froin. *Société de Pédiatrie*, 14 avril 1900).
Laryngotyphus chez un enfant de dix ans.

Un garçon, âgé de dix ans, soigné pour une fièvre typhoïde grave, dans le service de M. Richardière à l'hôpital Trousseau, nous est envoyé le 4 mars, 14^e jour de sa maladie, au pavillon de la diphtérie parce qu'il présente des signes de sténose laryngée avec cornage et menaces de suffocation.

A son arrivée, il est profondément prostré; il ouvre de temps en temps les yeux et présente un peu de photophobie. Le ventre est météorisé. Quelques taches rosées; pas de diarrhée. Pouls à 120. Un peu d'albumine dans l'urine.

Le malade fait entendre un cornage continu; sa voix est absolument éteinte, il y a un peu de tirage. Engorgement des ganglions sous-maxillaires. La langue est sèche et rouge; la gorge est rouge, sans fausses membranes. On ne peut apercevoir l'épiglotte. L'intensité du cornage ne permet pas d'ausculter facilement les poumons.

L'examen bactériologique des liquides du pharynx révèle la présence du bacille diphtérique court et moyen.

La température oscille depuis le début entre 39°,2 le matin et 40° le soir.

Le 6 mars (16^e jour) — La température depuis hier reste fixe à 40°. Le cornage persiste, la prostration augmente. On constate des râles fins aux deux bases. L'amyg-

dale gauche paraît légèrement ulcérée; l'épiglotte est sanguinolente.

Le 7. — L'état s'aggrave rapidement. Le cornage se complique d'une dyspnée progressive.

On constate à la partie moyenne du poumon droit en arrière, un foyer de pneumonie caractérisé par un simple tubaire et des râles fins.

Le 8 et le 9. — La dyspnée augmente et la suffocation par sténose laryngée est imminente. Dans l'après-midi du 9, un accès plus violent nécessite la trachéotomie. Celle-ci a raison des accès, mais la dyspnée persiste, le malade s'affaiblit très vite et succombe le 10 au 20^e jour de la maladie.

A l'autopsie on constate, outre les lésions intestinales de la fièvre typhoïde, une hépatisation du poumon droit dans ses deux tiers inférieurs et un infractus brunâtre de la base du poumon gauche.

Le larynx ne contient aucune fausse membrane, ce qui confirme d'ailleurs notre diagnostic, car malgré la présence du bacille de Lœffler dans les exsudats, nous avons repoussé l'hypothèse d'un croup diphtérique.

La muqueuse est rouge, ecchymotique sur la plus grande partie de son étendue; elle présente depuis l'épiglotte jusqu'au cricoïde une vaste érosion peu profonde, mal limitée, mais qu'on distingue des parties moins malades par un aspect granulé et comme légèrement surélevé.

OBSERVATION 33.

(D^r Louis Guinon. *Revue mensuelle des mal. de l'enfance*,
juillet 1899).

Pneumotypus initial. Mort par congestion pulmonaire et septicémie au 15^e jour.

Fille de trois ans et demi, entrée à l'hôpital pour une vulvovaginite. Au 13^e jour, de sa présence, elle est prise brusquement d'une fièvre violente (40°,6), avec diarrhée, langue sèche, anorexie. En même temps, râles sous-crépitaux aux deux bases, mais prédominant à gauche avec submatité de ce côté. L'enfant est vue à ce moment par M. Comby, qui reconnaît une pneumonie.

Les jours suivants, les signes pulmonaires s'accroissent, on ne constate cependant que des râles fins.

Pendant les huit premiers jours, la température reste à 40°, malgré les bains, mal tolérés, puis les enveloppements froids. Au 9^e jour elle tombe de plus d'un degré (38°,9) comme pour une défervescence régulière; mais dès le lendemain, elle remonte à 39°,8 et c'est ce même jour qu'apparaît un souffle pneumonique à la base gauche.

Le 12^e jour. — On entend aussi un souffle à droite; mais la persistance de la diarrhée fait penser à une fièvre typhoïde, ce que confirme le séro-diagnostic.

Les jours suivants, les signes de pneumonie double s'accroissent, la fièvre typhoïde ne se manifeste que par l'abattement et la diarrhée, la température restant au-dessus de 39°, le cœur présente des signes d'affaiblissement; l'enfant ne se réchauffe pas après les bains qu'on lui a

recommencés et elle succombe au 18^e jour dans le collapsus avec une température de 40°,4.

A l'autopsie : ulcérations de l'intestin-grêle ; hépatisation des lobes inférieurs des poumons et bronchite purulente.

Les plèvres contiennent une centaine de grammes de liquide clair.

OBSERVATION 34

(Thèse Chatard, Paris 1899).

Rechute double.

H... Fernand 5 ans 1/2, 21 septembre 1896. Salle Barrier, lit n° 30.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante, nerveuse. Père sujet aux migraines. Une sœur plus jeune que le malade a eu le croup en juillet. Une autre sœur a eu des convulsions. Une autre se porte bien.

Antécédents personnels. — Né à terme. Nourri au sein par sa mère. Sevré à 18 mois. Première dent à 8 mois, a marché à 13 mois. Rougeole il y a 7 mois.

La maladie actuelle a débuté par des frissons, il y a huit jours et l'enfant s'est alité. Depuis deux jours, toux, diarrhée jaune. Pas d'épistaxis. Un vomissement. Céphalalgie.

Le 22 septembre. — Température 40°. Pouls 120. Pas de taches rosées. Décubitus en chien de fusil, Langue saburrale. Gargouillements dans la fosse iliaque, Céphalalgie. Rien au cœur. 32 respirations par minutes. Sibilances dans les bronches.

Le 23. — La température atteint 40°,3. Le pouls est à 120.

La défervescence commence le 27 et se fait en lysis. Sudamina le 2 octobre. Apyrexie complète le 5 octobre. Du 5 au 8 quatre jours d'apyrexie. Pouls faible à 96.

Le 9 octobre. — Température 40° le soir. Pouls 136. Rechute sans cause alimentaire. On combat la constipation par des lavements glycélinés.

Le 12 octobre. — Température toujours à 40°. Pouls rapide et faible (140). On combat l'abattement par une potion de Todd.

Le 15 octobre. — Température 30°. Aux sudamina a succédé une desquamation scarlatiniforme.

Le 19. — Faiblesse extrême, Pouls 138 très faible. Température du soir 38°.

Le 22. — Le thermomètre marque la normale 37°. Pouls misérable. Il s'est formé un petit abcès dans la fosse temporale droite. Le petit malade demande à manger.

Du 22 octobre au 4 novembre. — Treize jours d'apyrexie complète.

Le 3 novembre. — Desquamation en larges plaques sur tout le corps.

Le 3. — La fièvre monte brusquement à 40°. On remet le malade qui commençait à manger des soupes au régime lacté absolu.

Le 7. — La fièvre continue. L'enfant reprend la position du décubitus « en chien de fusil ». Il est triste et ne répond pas aux questions qu'on lui adresse.

Le 9. — La température commence à baisser (39°) ; atteint 37°,6 le 11 et 37 le 15.

Le 20. — Desquamation. Le petit malade entre en convalescence.

OBSERVATION 35.

(Thèse Chatard. Paris 1899).

Rechute double.

L.... Adèle 10 ans 1/2. 27 août 1896. Salle Blanche. Lit n° 27.

Parents bien portants. Trois frères bien portants.

Enfant venu à terme. Nourri au sein par sa mère jusqu'à 14 mois. Première dent à 4 mois. A marché à 9 mois. Santé bonne.

Le 20 août. — Elle a été prise subitement d'un malaise général: perte d'appétit; selles normales deux épistaxis très abondantes. Le 23, elle a été purgée avec de l'huile de ricin. Le 26 état aggravé. Délire; beaucoup de fièvre. Vomissements. Selles normales. Elle entre à l'hôpital le 27.

Le 28 août. — Température 39° 6. Pouls 104. Nombreuses taches rosées sur l'abdomen. La fièvre évolue normalement. Défervescence en lysis. Température 37° 5 le 5 septembre.

Le 6 septembre. — Au soir, la température remonte à 39° 4 pour atteindre 40° le 7, et 40° 5 le 10. 40° 8 le 13. Pouls à 120.

Le 17. — Le séro-diagnostic de M. Widal donne un résultat positif. La défervescence qui a commencé le 16, 40° se fait en lysis et atteint 37° le 23; on continue le régime des potages et du lait.

Du 23 au 30. — Sept jours d'apyrexie.

Le 30. — Au soir la température monte à 39° 6 pour atteindre 40°, le 31 et redescendre à la normale le 4 octobre.

L'enfant entre en convalescence.

OBSERVATION 36.

(Dr Comby, Société de pédiatrie, rapportée dans thèse
Chatard, 1899).
Rechute sextuple.

Jeune fille de 14 ans, entrée à l'hôpital Trousseau le 18 mars 1896, vers le onzième jour d'une fièvre typhoïde qui semblait bénigne. Et en effet la déférescence commençait à se produire le lendemain et la température tombait au dessous de 37° le seizième jour de la maladie, on pouvait croire à une fièvre typhoïde abortive. Le dix huitième jour, ascension brusque à 39°2. C'est le début de la première rechute qui dure deux semaines ; puis une deuxième rechute subintrante suivie d'une troisième, d'une quatrième, d'une cinquième et d'une sixième. En tout sept petites fièvres typhoïdes superposées les unes aux autres chez le même sujet.

L'enfant agardé le lit jusqu'au mois de juillet, la fièvre typhoïde à rechute sextuple ayant duré 120 jours. Mais finalement l'enfant a guéri.

OBSERVATION 37

« Recueillie dans le service de notre maître le docteur Guinon
à l'hôpital Trousseau ».

Fièvre typhoïde avec rechute et troubles nerveux.

J... Mariette, 5 ans ans, entre à l'hôpital Trousseau,
salle Archambault, n° 3, le 21 mai 1901.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, a des
pituites le matin, des cauchemars, des rêves. La mère est
bien portante, 6 autres enfants bien portants.

Antécédents personnels. — Née à terme, élevée au sein
jusqu'à 2 ans, a marché à 2 ans 1/2.

A eu la rougeole, à 4 ans, ainsi que le croup. Depuis
elle est toujours malade, chétive, il y a un mois elle a eu
une angine.

Elle a de la fièvre, elle tousse, ne vomit pas ; pas d'ap-
pétit, un peu de diarrhée, transpire beaucoup. Les oreilles
coulent depuis l'âge de deux ans.

Ecoulement vaginal depuis un an.

21 mai. — *Etat actuel.* — Lèvres sèches, langue fêti-
de, quelques ganglions dans l'aine gauche, moins dans
l'aine droite, gros foie. Pas d'hypertrophie de la rate :
râles sibilants et ronflants dans toute la poitrine. Con-
jonctives. rouges Pouls 130. Température 30°,2.

24 mai. — Pouls 148, faible, dents fuligineuses, lèvres
sèches, langue blanche, rouge sur les bords et à la pointe.
La température s'élève le soir à 40°,1.

26. — Taches rosées bien nettes disséminées sur l'ab-

domen, le dos et les cuisses. La température se maintient hier 39°,6. Aujourd'hui 40°,1.

27 mai. — A l'auscultation, respiration ronflante dans toute la poitrine, quelques râles, surtout à gauche. Le cœur a le rythme très fréquent, pas fœtal.

Pouls encore assez fort, mais très rapide. Température 39°,8.

29 mai. — Respiration ronflante dans toute la poitrine; Cœur rapide. Pouls faible; température 40°.

1^{er} juin. — Il n'y a plus rien dans la poitrine. La courbe de la température s'abaisse.

2 juin. — L'enfant est très abattue, geignant toute la journée, elle est couchée en chien de fusil. On voit encore deux à trois taches rosées. Le ventre est un peu ballonné, douloureux. Pouls petit.

4 juin. — Même état général. Pouls 140, bien frappé.

5 juin. — Eruption quinique; larges placards rouges sur le dos et les cuisses, disséminés sur les jambes.

Les deux bruits du cœur sont encore bien nets, quoique le premier bruit s'assourdisse un peu. Il n'y a plus dans le poumon que quelques râles disséminés et peu abondants.

6 juin. — L'éruption quinique a disparu. Température 37°,4.

12 juin. — Après 7 jours d'apyrexie, le thermomètre remonte à 39°. Recbute.

12 juin. — Depuis quelque temps l'enfant est devenue grognon, et triste, elle pleure à tout moment, dès qu'on lui adresse la parole et même sans cause apparente. Elle ne parle jamais d'elle-même, sauf pour demander le vase.

Elle s'assied sur son lit, mais dès qu'on la regarde, elle porte ses mains à ses yeux, rougit, se met à pleurer.

15 juin. — État général stationnaire. Température 39°,4.

Même état mental. L'enfant pousse de temps en temps des cris rauques et sourds. Elle est toujours couchée en chien de fusil.

18 juin. — Température 39°. râles humides et sibilants aux deux bases du poumon.

22 juin. — La température redescend progressivement, mais l'état mental reste le même. L'enfant se couche toujours en chien de fusil, est triste et déprimée, elle ne répond pas quand on lui adresse la parole, et vous regarde d'un air hébété ; elle dort presque toute la journée.

L'enfant n'a jamais présenté de raideur de la nuque ni des membres. L'état général n'est pas satisfaisant et le pronostic doit être réservé.

CHAPITRE V

Du pronostic et de la gravité de la fièvre typhoïde chez l'enfant.

Après tout ce que nous venons de voir, nous nous demandons si la gravité de la fièvre typhoïde chez les enfants n'est pas plus marquée qu'il est habituel de le dire?

La gravité d'une maladie peut être appréciée d'abord par le taux de la mortalité, ensuite par sa durée, son aptitude aux complications, l'incertitude du pronostic, la durée de la convalescence, les stigmates qu'elle peut laisser après elle.

Que voyons nous pour la fièvre typhoïde chez les enfants?

Nous allons être obligé de citer des chiffres.

En ce qui concerne le taux de la mortalité, c'est aux statistiques que nous devons poser la question,

Passons en revue un certain nombre de ces statistiques.

C'est d'abord celle de Rilliet et Barthez qui en 1843, à l'hôpital des Enfants malades ont relevé un total de 111 cas sur 29 morts soit 26 0/0.

Barthez en 1863, dans le service de l'hôpital Sainte-

Eugénie a constaté sur 104 cas, 11 décès (9.5 0/0) et en 1864 dans ce même hôpital sur 22 malades, il eut 5 décès (20/0). En additionnant, on trouve 126 cas de fièvre typhoïde chez l'enfant donnant 16 décès, soit une moyenne de 13 0/0.

Prunac en 1870, à l'hôpital de la Charité de Lyon a relevé 4 décès sur 12 cas, soit 30 0/0.

Murchison en 1873 a divisé les enfants en trois catégories. De un à cinq ans la mortalité est de 12,06 0/0; de cinq à neuf ans de 11,28 0/0 et de 10 à 14 ans de 12,86 0/0. Ce rapport est basé sur 1074 malades avec 14 morts des deux sexes soit pour le total 12,06 0/0.

Cayla en 1874 trouve pour les années 1872 et 1873 et dans les mois de l'année 1874 qui ont précédé et suivie une épidémie, un total de 72 cas avec 25 morts soit 34 0/0.

Par contre depuis l'application de la méthode de Brand au traitement de la fièvre typhoïde le taux de la mortalité s'est abaissé.

Brand sur 106 enfants de sa pratique privée n'a pas eu un mort (?) mais cette statistique ne pourrait bien être qu'une série exceptionnellement heureuse.

Brand récapitulant en 1887 toutes ses statistiques publiées sur les résultats du traitement de fièvre typhoïde par les bains froids, trouva de 1861 à 1877 un total de 8141 cas avec 600 morts et pour les cas traités de 1877 à 1887 un total de 10.876 cas avec 888 morts

soit en tout 19.017 cas et 1480 morts, c'est-à-dire un taux de mortalité de 7,800.

Cadet de Gassicourt sur 276 malades traités par lui à l'hôpital Ste Eugénie a eu 22 morts soit 8 0/0.

Henoch a eu 13,8 0/0 avec 21 morts sur 152 cas. Ollivier a relevé sur les registres de l'hôpital des enfants malades pour les années 1884 à 1887 inclus 611 cas et 92 décès soit 15 0/0.

Mais il en est de la fièvre typhoïde comme des autres maladies infectieuses; les épidémies ne se ressemblent pas et dans quelques unes la mortalité est très élevée. MM. Variot et Devé dans le cours de l'année 1899 ont soigné 115 malades et ont eu 10 morts. M. Guinon eut en 1897 et 1898 4 décès sur 23 cas soit 17 0/0.

Avec ces diverses publications, nous arrivons pour la mortalité de la fièvre typhoïde chez les enfants à un taux moyen de 11 0/0 parmi les auteurs qui ont donné le chiffre des malades 1284 cas et 152 morts et de 8 0/0 parmi ceux qui se contentent de livrer le taux de mortalité qu'ils ont constatée.

Ce taux de la mortalité nous paraît trop faible. Nous aimerions mieux adopter celui que nous fournissent les registres de l'hôpital Trousseau de 1882 à 1898 qui sur 3.368 cas de fièvre typhoïde avec 409 décès donne 12,12 0/0. Dans cette statistique nous voyons que certaines années la mortalité s'est élevée à un chiffre très élevé. En 1871 pour 80 malades il y a 23 décès soit 31,5 0/0; en 1892 224 malades, 37 décès, soit 16,5, en 1893; 140 cas, 22 morts, soit 15,71, en 1894; 237 cas, avec 51 décès, soit 17,3 0/0; en 1898,

127 cas et 26 décès, soit 20,48 0/0. Mais nous nous en tiendrons à ce taux moyen de 12 0/0.

Nous voyons donc que la dothiënenterie chez les enfants est en somme une maladie assez grave, mais le caractère de gravité n'est pas exprimé seulement par le coefficient de mortalité des malades qui en sont atteints, pris en bloc. Il repose également sur les variations de ce coefficient suivant les épidémies, l'âge de l'enfant, les complications et les reliquats qu'une maladie peut laisser après elle. Or, suivant ces conditions, la mortalité est très variable. Barthéz constata en 1864 à l'hôpital Sainte-Eugénie, 5 morts sur 22 malades, soit 20 0/0. Cadet de Gassicourt en 1876, année où éclata une épidémie en juillet, 3 morts sur 9 malades, dans le premier semestre et 4 morts sur 81 cas dans le second semestre. Depuis, nous voyons MM. Hutinel et Martin de Gimard rapporter une série hospitalière où l'apparition d'érythèmes infectieux fut le signe d'affections les plus graves et d'une mortalité extraordinaire ; M. Guinon dans sa statistique pour 1897 et 1898 voit 4 décès sur 23 cas, soit 17,5 0/0 ; MM. Variot et Devé, apporter dans le premier semestre de 1899, 5 cas de mort sur 33 malades et dans le second semestre, 5 décès sur 82 malades.

Suivant l'âge des enfants la mortalité est variable aussi.

Griésinger, trouve une mortalité de 23.5 0/0 sur 17 enfants de un à neuf ans et de 13.6 0/0 sur 106 malades de 10 à 16 ans. Murchisson trouve une mortalité sensiblement égale pour chaque période d'âges de l'en-

fance. Mais Ollivier qui a dressé le tableau des 611 cas relevés dans les registres de l'hôpital des Enfants malades, trouve, de 0 à 2 ans, 3 entrées et deux décès de 2 à 3 ans, 7 entrées et 6 décès, de 3 à 5 ans 35 entrées et 12 décès, de 5 à 10 ans 217 entrées et 25 décès, de 10 à 15 ans, 349 entrées et 45 décès.

C'est donc avec raison qu'on doit affirmer la gravité plus grande de la fièvre typhoïde au dessous de cinq ans qu'au-dessus de cet âge. Jules Simon : dit « Les enfants au-dessous de cinq ans sont plus sujets aux complications et le pronostic est moins favorable qu'au dessus de cet âge ». Monsieur le docteur Marfan dit également que la mortalité au-dessous de cet âge est beaucoup plus forte que dans la seconde enfance.

La fièvre typhoïde des enfants est encore grave par toutes ses complications généralement considérées comme d'une extrême rareté. Rappelons les cas en nombre assez considérable d'hémorragies intestinales et de perforations mortelles. Sur 115 enfants, MM. Variot et Devé ont eu 9 fois des hémorragies intestinales et une perforation.

M. Guinon, dont nous publions les observations, sur 23 cas a observé deux fois la perforation intestinale chez des enfants de 9 et 10 ans, deux fois la pneumonie, 5 fois des hémorragies intestinales, deux myocardites, une fois une eschare fessière.

Le Dr Pouillot dans sa thèse sur la dégénérescence du muscle cardiaque dans la typhoïde des enfants, dans 10 cas observés dans le service du Dr Moizard a

noté des troubles avec tachycardie, embryocardie, faiblesse du cœur, péricardite.

M. le Dr Bacaloglu dans sa thèse sur le muscle cardiaque dans la fièvre typhoïde a observé un grand nombre de complications cardiaques graves chez les enfants, même un cas de mort subite, et conclut par un pronostic réservé.

M. Barbier a observé, pendant les vacances de 1889, à l'hôpital Trousseau des complications cardiaques. Nous citons ces observations. Une de ses petites malades de la salle Blanche a présenté du collapsus cardiaque depuis son entrée jusqu'au 18^e jour. Chez une autre se sont manifestés tous les symptômes de la myocardite du 14^e jour jusqu'à sa mort.

L'appareil pulmonaire des enfants est souvent fort touché dans le cours de la fièvre typhoïde. M. Netter pendant l'épidémie de 1899 à l'hôpital Trousseau a vu chez bon nombre de ses malades de la bronchite généralisée allant jusqu'au catarrhe suffocant, de la broncho-pneumonie et même de la pneumonie.

Une complication grave et aussi assez fréquente est la broncho-pneumonie. Elle peut se montrer quelquefois dans la période de début de la maladie, mais le plus habituellement dans la période d'état et de convalescence. Elle n'est probablement pas causée par le poison typhique seul mais par les agents secondaires et habituels, tels que le streptocoque, le staphylocoque ou le pneumocoque.

M. le docteur Josias a relevé de 1895 à 1900, 6 cas de broncho-pneumonie, au cours de la fièvre typhoïde ;

sur ces 9 cas, 6 de ses malades ont succombé ce qui chiffre à 66 0/0 le taux de la mortalité dans cette complication.

Combien sont également fréquentes les complications nerveuses. Paralysies, paraplégies, atrophies musculaires, douleurs rachialgiques, faiblesse des membres, raideur de la nuque et du tronc, dilatation pupillaire, strabisme, troubles de la parole, délire, etc.

La proportion de ces fièvres typhoïdes à forme spinale ou cérébro-spinale observées en 1887 par M. Netter peut s'évaluer à 25 0/0.

Non seulement il faut noter les complications au cours de la fièvre typhoïde, mais souvent aussi la longue durée de la maladie, et la longueur plus grande encore de la convalescence avec ses complications.

Souvent aussi que de rechutes et quelquefois de récidives !

Sur 168 observations de fièvre typhoïdes recueillies à l'Hôpital des Enfants Malades, M. Comby n'a pas observé moins de 42 rechutes, ce qui donne une proportion du quart.

Et parmi ces rechutes, 28 étaient simples, huit doubles une triple et une sextuple.

Et même alors qu'aucune complication ne survient, combien longue et parfois difficile la guérison complète. L'enfant considérablement amaigri, affaibli, déprimé, éprouve souvent maintes difficultés à se remettre de cette redoutable maladie et est bien plus accessible aux infections et affections secondaires.

Mais ce n'est pas fini et souvent la fièvre typhoïde laisse chez l'enfant des stigmates de son passage.

Il faut citer les myocardites, qui même une fois guéries, laisseront dans le myocarde, ainsi que le disent MM. Siredey et Landouzy « le reliquat de l'altération profonde qu'il a subie et pourront aider ultérieurement au développement des affections chroniques du cœur ».

Il faut aussi parler des altérations de l'appareil rénal (on a noté des cystites et des néphrites typhiques) qui un jour peuvent constituer d'après l'opinion du professeur Dieulafoy un appoint sérieux dans la pathogénie du mal de Bright.

Il ne faut oublier non plus la tuberculose qui vient souvent se greffer sur un organisme, affaibli et débilité par une longue maladie.

Nous aurions tort d'omettre les complications du côté du larynx, le laryngo-typhus (obs. 22) du côté de l'organe auditif avec ses otites et cette surdité passagère ou définitive ; des névroses consécutives à l'infection typhique, des cas de paralysies graves et durables.

Le pronostic doit être on le voit donc des plus réservés et c'est là l'opinion de notre maître le Dr Guinon.

Si encore la forme bénigne de la maladie impliquait la guérison. Mais il n'en est pas ainsi et la fièvre typhoïde de l'enfant est aussi perfide que celle de l'adulte. « J'ai vu des enfants, dit Jules Simon, présenter pendant quatre à six jours des symptômes prodromiques peu accusés ; rien ne paraissait inquiétant ; à peine était on en droit de supposer une fièvre typhoïde quand tout d'un coup éclatait l'appareil symptomati-

que le plus effrayant ; cris, délire, hallucinations, mouvement désordonnés, fièvre horrible, le tout pendant parfois vingt-quatre heures et l'enfant succombait dans la somnolence, l'épuisement et le coma, et l'autopsie révélait bien les lésions ébauchées de la fièvre typhoïde et non celles de la méningite ».

La fièvre typhoïde reste donc une maladie grave même chez l'enfant. Le taux de la mortalité, les complications, la fréquence des rechutes, les traces qu'elle peut laisser après elle, l'incertitude du pronostic ne viennent nullement confirmer cette réputation de bénignité que la plupart des auteurs lui attribuent.

Le pronostic souvent fatal doit être dans bien des cas des plus réservés.

CHAPITRE VI

Du traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants.

Le traitement de la fièvre typhoïde par la méthode de Brand, ou traitement systématique par les bains froids a été un réel progrès sur les médications antérieures.

Les médications médicamenteuses, à part les médications par la quinine, qui est encore employée avec succès, n'ont plus la même importance qu'autrefois.

Les autres traitements par les lotions froides, drap mouillé, affusions, lavements froids n'agissent que superficiellement et partiellement et ne peuvent être employés dans tous les cas.

Après que Brand eut publié ses statistiques, — dans l'une, sur 106 enfants de sa clientèle privée il n'aurait pas eu un seul cas de mort à déplorer?, — dans d'autres où la mortalité de 15 0/0, qu'elle était auparavant serait tombée à 3.5 0/0, il était tout naturel que les médecins cherchent à faire bénéficier les enfants de ce traitement dans la même maladie.

Cependant un certain nombre de médecins d'enfants préférèrent les bains tièdes se basant sur des accidents observés au cours de ce traitement.

Bain froid et bain tiède sont donc actuellement les deux procédés qui se disputent la faveur du corps médical dans le traitement de la dothiéntenterie chez l'enfant.

Mais avant tout, il s'agit de bien définir ce que l'on entend par bain froid et bain tiède. Tout médecin qui prescrira l'immersion de son malade dans une eau ayant au plus 25° prescrira un bain froid, à partir et au-dessus de ce chiffre le bain sera tiède.

Aux arguments présentés en faveur de l'emploi du bain froid par Brard et par M. Glénard défenseur ardent de cette méthode, certains médecins opposent des affirmations non moins nettes en faveur des bains tièdes ou chauds.

On constate même qu'une réaction semble se produire actuellement contre le bain froid systématique. En Allemagne une réaction analogue se produit aussi et cela parmi les cliniciens aussi distingués que le professeur Erb (d'Heidelberg) ou le professeur Bing (de Bonn) qui viennent de publier dans *Thérapie der Gegenwart* un véritable plaidoyer en faveur du traitement de la fièvre typhoïde par la quinine et le bain froid sinon tiède. La déclaration de M. Erb, est tout-à-fait caractéristique : « Nous sommes revenus aujourd'hui, dit-il, des exagérations du traitement par l'eau froide et de l'appréciation par trop excessive de ses résultats certes indiscutables. Je n'ai jamais pu me convaincre complètement de l'action tant prônée des bains froids donnés fréquemment jour et nuit. J'admets sans réserve que ce mode de traitement exerce

d'une façon générale une influence favorable sur la marche de la fièvre typhoïde et qu'il diminue sa mortalité ; seulement je ne crois pas que ce résultat soit dû à l'effet antipyrétique du bain froid et je pense que la même influence favorable pourrait être obtenue par le bain tiède. Toujours est-il que je n'ai recours au bain froid qu'en cas d'indication tirée des circonstances particulières dans lesquelles se trouve le malade. »

« D'après M. Erb, le traitement typique de la fièvre typhoïde comprend trois éléments : la diète et l'hygiène celle-ci prise dans le sens large du mot, le bain tiède progressivement refroidi suivant la méthode de Ziemsen ; et la quinine dont l'action favorable est incontestable ».

En France, plusieurs médecins d'enfants sont opposés à cette méthode de Brand.

« Nous avons renoncé, déclare M. Variot (Société de Pédiatrie 9 janv. 1900) à appliquer la balnéation froide telle que l'a préconisée, Brand, parce que les bains froids produisent des chocs nerveux plus violents encore chez les enfants que chez les adultes, suivi quelquefois du collapsus cardiaque et que la balnéation sous cette forme est en général mal supportée ; nous préférons recourir aux bains tièdes, progressivement refroidis suivant la méthode de Bouchard.

« Les inconvénients des bains froids à 18° ou à 20°, fréquemment répétés chez les enfants ne peuvent être contestés. Avant de quitter notre service de l'hôpital

Trousseau, nous avons voulu comparer encore sur deux enfants atteints de fièvre typhoïde avec des températures de 40° et plus, les effets des bains froids à 1° et des bains tièdes à 35° refroidis lentement jusqu'à 30°.

L'enfant que l'on plongeait dans l'eau froide se débattait, poussait des cris et après quelques minutes était pris de frissons et de claquements de dents, le pouls faiblissait et on ne le réchauffait qu'avec peine par des hoissons cordiales et des frictions lorsqu'il était sorti du bain.

L'autre enfant immergé dans l'eau tiède à 35° supportait beaucoup mieux et plus longtemps la balnéation.

« A l'hôpital ces inconvénients, sans être négligeables ne sont pas les mêmes que dans la clientèle de la ville; les parents n'admettent qu'avec peine des moyens thérapeutiques qui font souffrir leurs enfants et il n'est pas niable que les bains froids répétés ne sont acceptés qu'avec répugnance par les familles ».

M. le professeur Bouchard a dit avoir vu succomber à une syncope un des premiers malades qu'il avait fait mettre dans l'eau froide. Il s'agissait d'un enfant de 12 ans.

M. Barbier (*Société de Pédiatrie*, 13 déc. 1829) a remarqué cette tendance au collapsus, marquée et constante chez tous ces malades, présentant des signes de faiblesse cardiaque. « Une demi heure, quelquefois davantage, après le bain, dit-il, on les trouve cyanosés, les extrémités froides, immobiles et abattus dans leur lit, sans réaction. C'est pour quoi tous les malades traités

ont été soumis non aux bains, mais à des lotions froides froides généralisées, vinaigrées ou aromatiques, toutes les deux ou trois heures. Ils les supportent très bien, les trouvent très agréables et souvent s'endorment paisiblement une fois qu'elles sont faites. J'ai vu chez des malades présentant les signes de collapsus signalés plus haut, ces signes cesser avec la suppression des bains froids et ne jamais reparaitre à la suite.

« J'ai employé plusieurs fois, dit encore le D^r Barbier, les bains tièdes à 35° répétés, selon les circonstances et les indications, deux ou trois fois, quelquefois une seule fois par jour. Je les ai prescrits aux malades agités, anxieux, présentant des accidents nerveux et de l'insomnie. Admirablement bien supportés, ces bains présentent en général une détente des phénomènes nerveux. Ceux-ci s'atténuent, les nuits sont plus calmes, l'insomnie est moins tenace ».

Pour d'autres médecins d'enfants, l'immersion dans les bains froids donne des chocs nerveux violents, et produit même des phénomènes de collapsus cardiaque et une tendance à la syncope.

« J'ai l'habitude, dit le D^r Ausset, de baigner systématiquement toutes mes fièvres typhoïdes, mais autant je suis partisan convaincu de cette balnéation systématique dès le début de la maladie, autant je réprouve l'emploi d'emblée de la méthode de Brand pure chez l'enfant ».

Quant à M. Netter, il va plus loin. « Dans les cas graves, dit-il, surtout quand il y a des troubles pulmonaires ou des phénomènes nerveux, je donne des bains

chauds à 38° toutes les trois heures selon la méthode de Renant. Je fais dans mon service un très grand usage de la balnéation chaude et je m'en trouve très bien.

Depuis deux ans, j'ai à peu près renoncé aux bains froids dans la fièvre typhoïde, à moins qu'on n'ait commencé le traitement en ville avant l'entrée de l'enfant, ce qui arrive encore assez souvent. Même dans ces cas, j'ai été plusieurs fois amené à substituer les bains chauds aux bains froids ».

D'autres médecins d'enfants ont encore incriminé les bains froids.

Parrot accusait le bain froid à 22°, 25° « de provoquer du collapsus et des accidents du côté du cœur et des organes respiratoires ».

M. Bajinsky proscriit absolument le bain froid dans la fièvre typhoïde de l'enfance « ou bien, dit-il, il met l'enfant dans un état d'excitation tel que le bénéfice problématique de cette réfrigération est nul ou bien l'enfant peut être pris pendant ou après le bain, de phénomènes de collapsus de la plus haute gravité ».

Il y a certainement des exagérations dans ces attaques contre la méthode de Braud. « Le bain froid, écrit M. le Professeur Hutinel, abaisse la température et il a cela de commun avec les antithermiques, mais de plus il active les sécrétions, remonte la tension artérielle, soutient le cœur, le système nerveux et remonte au lieu de déprimer, comme les antithermiques ».

Il n'en reste pas moins acquis que l'application des

bains froids dans la fièvre typhoïde et plus délicate chez l'enfant que chez l'adulte.

Quant à nous, nous ne sommes pas un détracteur systématique de la méthode de Brand. Nous sommes partisan de son emploi dans la dothiéntérie de l'adulte comme dans celle de l'enfant, mais nous sommes d'avis qu'il faut doser ce bain et ne l'appliquer que d'une façon méthodique et réfléchie.

Nous sommes de l'opinion de M. le Dr Marfan qui dans plusieurs communications à la Société de Pédiatrie a ainsi exposé sa méthode : « Quand je suis appelé, dit-il (séance du 13 fév. 1900), pour la première fois auprès d'un enfant atteint de la fièvre typhoïde, j'essaie toujours le traitement par la quinine. Quand il a été constaté que la température rectale relevée entre 4 et 5 heures de l'après-midi, dépasse 39°, je fais prendre si l'enfant a plus de 5 ans : 0,75 centigr. de bichlorhydrate neutre de quinine, en trois doses, chacune à une demie heure d'intervalle. Le lendemain matin, j'examine le malade et alors de deux choses l'une : ou bien l'action de la quinine est évidente et se révèle par l'abaissement de la température d'au moins un degré l'apaisement de l'agitation nocturne, l'aspect meilleur du visage : ou bien cette action favorable ne s'est pas manifestée. Dans le premier cas, je continue la médication par la quinine qui est ainsi réglée : chaque jour la température rectale est prise entre 4 et 5 heures ; si elle dépasse 39°, je fais administrer de suite 0,75, centigr. en trois doses, chacune à une demie heure d'intervalle.

Si la température est à 39° ou au-dessous on n'administre pas la quinine.

« Quand la quinine ne produit pas dès le premier jour, l'abaissement de la température et la sédation des troubles nerveux je mets en œuvre tout de suite, sans attendre, la médication par les bains froids. Celle-ci est réglée de la manière suivante :

« Le premier bain est donné à 32° pendant 8 à 10 minutes, trois heures après on prend la température rectale ; si elle dépasse 39° on donne un second bain à 30° et ainsi de suite en abaissant progressivement la température du bain jusqu'à 25° sauf indication contraire. Le bain est dès lors toujours donné à 25°. Il est rare que je donne des bains au-dessous de 25°. La durée du bain est de 8 à 12 minutes. Lorsque la température a été prise 3 heures après un bain, si on constate qu'elle est à 39° ou au-dessous, on ne donne pas de bain mais la température suivante est prise deux heures après.

En résumé la température rectale est prise trois heures après chaque bain et quand elle dépasse 39° le bain est immédiatement renouvelé ; si elle est à 39° ou au-dessous, le bain n'est pas donné mais on prend la température rectale toutes les deux heures et dès qu'on a constaté qu'elle dépasse 39° on renouvelle le bain ».

Pour terminer nous croyons bien faire en reproduisant les déclarations faites par notre maître le Dr Guinon à la Société de Pédiatrie le 13 février 1900, qui résument un système de traitement qui lui a donné les meilleurs résultats.

Voici ce que disait M^r le docteur Guinon.

« Mais avant tout, je crois qu'il faut s'entendre sur ce qu'on entend par bain froid. Brand appliquant son procédé à des adultes emploie et conseille des températures de 20°, 18° même ; elle sont en général bien supportées. Mais l'esprit de la méthode n'est pas dans la seule température du bain ; il est surtout dans l'indication posée par la température du malade, dans la périodicité des bains, dans leur mode d'application, etc. On applique donc encore la méthode de Brand quand on donne des bains moins froids que les températures qu'il préconise.

« Or pourquoi, ne doserait-on pas les balnéations comme on dose les médicaments ? Est-ce que nous donnons aux enfants les médicaments actifs aux mêmes doses qu'à l'adulte.

Loin de là : eh bien ! je dis que nous devons doser suivant l'âge, suivant le cas traité. Les températures de 20° 18° sont tolérées par l'adulte, qui sont trop violentes pour l'enfant : elles surmènent son système vaso-moteur, elles le font souffrir, le terrifient, au moins si on les applique d'emblée ; alors elles peuvent-être nuisibles, mais il n'est pas d'enfant en hyperthermie typhoïde qui ne supporte des températures de 27° et de 25°.

« Un bain à 27° est déjà très froid ; le bain à 18° est glacé pour l'hyperthermique. Pour ma part, en dehors des cas où le cœur faiblissait, j'ai toujours vu le bain froid à 27°, 25°, bien supporté. Mais il faut à

cela deux conditions que je considère comme des plus importantes.

2° Que le bain froid soit appliqué dès les tout premiers jours, quand la température est établie depuis 24 heures au-dessus de 39°.

2° Que l'on habitue l'enfant au refroidissement en le soumettant à des bains de plus en plus froids.

« Je fais toujours donner le premier bain à 33°, puis je fais abaisser plus ou moins vite suivant la température de l'enfant et suivant sa résistance à 30°, 27°, 25 de façon que le deuxième ou au plus tard au troisième jour de traitement, on ait atteint 25° ».

« Je considère comme nécessaire la présence du médecin au premier bain s'il ne dispose pas d'un personnel exercé. La friction, ou mieux le massage léger des membres, le refroidissement permanent de la tête avec une éponge ou une serviette mouillées sont pour moi des éléments utiles.

« Enfin, il faut varier la température du bain suivant l'état du malade, la résistance et la tenacité de la fièvre (ce sont choses qu'on ne voit qu'à l'usage), enfin il faut varier sa durée suivant la tenacité de la température. »

« Il est incontestable que, malgré ces précautions, certains enfants tolèrent mal les bains froids ; ce sont ceux dont le cœur fléchit et cela est fréquent dans certaines épidémies ; dans ces cas la glace sur le cœur, la strychnine, et la sparteïne relèvent la tension et permettent de continuer les bains ; quand ces moyens sont insuffisants, l'injection d'eau salée (50 à 100) aug-

mente presque toujours la tolérance, dans les cas rares, où le bain n'est pas supporté, alors je le remplace par les enveloppements froids.

« Mais de ce que certains enfants sont réfractaires à cette méthode, je ne conclus pas à l'abandon, mais à l'atténuation, à l'adaptation et c'est alors que les bains à 38° que conseille, M. Netter, peuvent trouver leur indication ».

Ainsi se trouve résumé le traitement qui nous paraît de choix pour la fièvre typhoïde chez les enfants.

CONCLUSIONS

I. — Chez l'enfant la fièvre typhoïde est une maladie plus grave qu'on ne le croit généralement.

II. — La plupart des complications que présente la dothiéntérie chez l'adulte, peuvent se rencontrer chez l'enfant avec une moindre fréquence, mais avec la même gravité.

III. — On note en effet des complications, intestinales, hémorragies et perforations ; des complications cardiaques, des myocardites ; des complications nerveuses ; méningite, aphasie, délire ; des accidents d'évolution (rechutes doubles et triples).

IV. — Le traitement par la méthode de Brand, ou méthode par les bains froids, constitue un progrès considérable sur les autres médications de la fièvre typhoïde. Mais il n'est pas toléré par tous les enfants, sans exception. On ne peut donc pas l'appliquer systématiquement et d'emblée à tous les enfants typhiques. Cette méthode demande à être dosée et donnée progressivement et dans quelques cas même on doit lui substituer les bains tièdes ou les bains chauds.

V. — Le taux de la mortalité de la fièvre typhoïde chez les enfants nous semble plus élevé qu'on ne le croit d'ordinaire.

VI. — La dothiémentérie chez l'enfant, par le taux de sa mortalité, l'imprévu et la gravité de ses complications et de ses suites, sa longue durée, l'incertitude de son pronostic, doit être considérée comme une des affections les plus sérieuses de l'enfance.

BIBLIOGRAPHIE

Ausset. — Bulletin de la Société de pédiatrie, janvier 1900.

Auvray. — Société anatomique, janvier 1901.

Bacaloglu. — Thèse Paris, 1900.

Bajinski. — Maladies des enfants. Traduction française, 1892.

Barbier. — Bulletin de la Société de pédiatrie, décembre 1899.

Brouardel et Gilbert. — Traité de médecine.

Cadet de Gassicourt. — Traité des maladies de l'enfance.

Chantemesse. — Traité de médecine Charcot et Brouardel.

Chatard. — Thèse Paris, 1899.

Chauveau. — Thèse Paris, 1900.

Comby. — Bulletin de la Société de pédiatrie, février 1900.

Costinesco. — Thèse Paris, 1897.

Debove et Achard. — Manuel de médecine.

D'Espine et Picot. — Manuel des maladies de l'enfance.

De Fontagny. — Thèse Paris, 1883.

Dieulafoy. — Manuel de pathologie interne. 13^e édit., 1900.

- Dewèvre.** — De la mort subite dans la fièvre typhoïde.
(Arch. générales de médecine, 1887).
- Donzeau (Madame).** — Thèse Paris, 1900.
- Fernet.** — Bulletin de la Société médicale des hôpitaux,
juillet 1891, octobre 1894, avril 1900.
- Foix.** — Thèse Paris, 1898.
- Galliard.** — Société médicale des hôpitaux, février 1900.
- Gallois.** — Bulletin médical, n° 102, 1900.
- Glénard.** — Bulletin de la Société de pédiatrie, déc.
1899.
- Griesinger.** — Traité des maladies infectieuses, 1884.
- Guinon.** — Bulletin de la Société de pédiatrie, février
1900, avril 1900.
- Guinon.** — Revue mensuelle des maladies de l'enfance
mai 1897, juillet 1899.
- Hénoch.** — Maladies de l'Enfance, 1885.
- Hutinel.** — Etude sur la convalescence et les rechutes
de la fièvre typhoïde. Thèse d'agrégation, 1883.
- Hutinel et Martin de Gimard.** — Sur une épidémie
d'érythèmes infectieux au cours de la fièvre
typhoïde, Paris 1890.
- Juhel Rénay.** — Traitement de la fièvre typhoïde, 1892.
- Laignel-Lavastine.** — Société médicale des hôpitaux,
28 décembre 1900.
- Landouzy et Siredey.** — Revue de médecine, 1885-1887.
- Marfan.** — Traité des maladies de l'enfance. Grancher.
Comby, Marfan. Tome I.
— Bulletin de la Société de pédiatrie, février 1900.
- Méry.** — Bulletin de la société de pédiatrie, janvier 1900.
- Mauger.** — Thèse, Paris 1900.

Murchison. — La fièvre typhoïde traduction française, 1878.

Netter. — Bulletin de la Société de pédiatrie, janv. 1900.
— Société médicale des hôpitaux, fév. 1901.

Olschewska (Mlle). — Thèse Paris, 1894.

Pouillot. — Thèse Paris, 1893.

Radouin Ziwer. — Thèse, Lyon 1892.

Rillet. — La fièvre typhoïde chez les enfants. Thèse, 1846.

Rilliet et Barthez. — Maladies de l'enfance.

Romme. — Presse médicale, n° 23, 20 mars 1901.

Stokes. — Traité des maladies du cœur. Traduction, 1864.

Variot. — Bulletin de la Société de pédiatrie, nov. 1899.
— Bulletin de la Société de pédiatrie, janv. 1900.

Vincent. — Société de Biologie, mars 1901.

